

# 目 次

## 適用関係

### 採用・退職

健康保険・被保険者資格取得届	1
パート・短時間労働者の労働時間・労働日数調査票	5
訂正届 被保険者資格取得（〇〇訂正）届	6
健康保険・被保険者資格喪失届	7
被保険者資格喪失（喪失年月日訂正）届	8

### 資格関係

資格確認書等 記載事項等（変更・訂正）届	11
住所・氏名・フリガナ・生年月日等の変更訂正	
健康保険・被保険者証・高齢受給者証・資格確認書 （滅失・き損）再交付申請書	14
健康保険・資格確認書等回収不能届	16

### 家族関係

健康保険・被扶養者（異動）届	18
被扶養者（異動）届に添付する書類等	19
収入見込証明書	21

### 産前産後休業関係

健康保険・産前産後休業取得者申出書	27
健康保険・産前産後休業取得者変更（終了）届	30
健康保険・産前産後休業終了時報酬月額変更届	32

### 育児休業関係

健康保険・育児休業等取得者申出書（新規・延長）	35
健康保険・育児休業取得者終了届	39
健康保険・育児休業等終了時報酬月額変更届	42

## 介護保険関係

介護保険・適用除外等（該当・非該当）届……………45

## 任意継続関係

健康保険・任意継続被保険者資格取得申請書……………48

健康保険被扶養者（異動）届……………51

## 保険料関係

保険料及び標準報酬に関すること……………52

標準報酬月額・標準賞与額・保険料率・  
標準報酬月額の決定される時期

健康保険・被保険者報酬月額算定基礎届……………54

健康保険・被保険者報酬月額変更届……………57

健康保険、介護保険、子ども・子育て支援金の  
標準報酬月額および保険料月額表……………60

健康保険・被保険者賞与支払報告書……………64

## 事業所関係の変更

健康保険・適用事業所・名称／所在地変更（訂正）届……………66

健康保険・事業所関係変更（訂正）届……………68

## 給付関係

保険給付一覧……………70

### 保険給付

自己負担が高額になったとき（本人・家族）……………73

健康保険限度額適用認定申請書……………75

入院時食事療養費（本人・家族）……………79

健康保険標準負担額差額支給申請書……………81

医療費の自己負担額が戻るとき（本人・家族）……………82

たてかえ払いとなる時（現金給付）……………83

健康保険・被保険者・家族療養費支給申請書……………85

健康保険・被保険者・家族療養費支給申請書（コルセット用）……………87

健康保険・被保険者・家族療養費支給申請書（海外用）……………89

移送費（本人・家族）……………94

健康保険・被保険者・家族移送費支給申請書……………95

病気やケガで休んだとき（本人）……………97

健康保険・傷病手当金・傷病手当金付加金請求書……………99

出産のため休んだとき（本人）……………101

健康保険・出産手当金請求書……………102

出産したとき（本人・家族）……………104

健康保険・被保険者・家族出産育児一時金・  
出産育児一時金付加金請求書……………106

死亡したとき（本人・家族）……………109

健康保険・被保険者・家族埋葬料（費）・埋葬料付加金請求書……………111

## その他

被保険者の勤務地が変わったとき……………112

健康保険・被保険者勤務地変更届……………113

健康保険特定疾病療養受療証（本人・家族）……………114

健康保険・特定疾病療養受療証交付申請書……………115

健康保険特定疾病療養受療証……………116

「第三者行為」外部委託のお知らせ……………117

自動車事故等と保険診療（本人・家族）……………118

第三者行為による傷病届……………121

念書 兼 同意書……………124

業務上・通勤途中の事故（本人）……………125

## 事務手続きに関連する書類

### 家族（被扶養者）が出産したとき

被扶養者（異動）届	23
家族出産育児一時金・出産育児一時金付加金請求書	106
申出があった場合、育児休業等取得者申出書	36

### 被保険者が出産したとき

被保険者出産育児一時金・出産育児一時金付加金請求書	106
産前産後休業取得者申出書	28
育児休業等取得者申出書	36
育児休業取得者終了届	41
扶養に入れる場合、被扶養者（異動）届	23
事業主から報酬を受けられないとき、出産手当金請求書	102
産前産後休業終了時報酬月額変更届	34
育児休業等終了時報酬月額変更届	44

### 死亡したとき

埋葬料（費）・埋葬料付加金請求書	111
被保険者資格喪失届	9
被扶養者（異動）届	23

## 各種届出様式への押印廃止の取扱いについて

### 1. 押印廃止について

令和2年12月25日に「押印を求める手続きの見直し等のための厚生労働省令の一部を改正する省令」（令和2年厚生労働省令第208号）及び「押印を求める手続きの見直し等のための厚生労働省令関係告示」（令和2年厚生労働省告示第397号）が公布、施行されたことにより、健康保険法施行規則の一部が改正され、厚生労働省保険局保険課より「保険者が定める届出様式における押印の廃止について（要請）」（保保発1225第9号）が発出されました。

### 2. 押印が不要の届出様式について

一部様式（5. 引き続き押印が必要となる届出様式の例）を除き、事業主、被保険者等、社会保険労務士及び医師による意見書の押印を不要といたします。

### 3. 訂正印について

原則、押印不要となり、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入いただきます。

ただし、保険料にかかわってくる書類（取得届、喪失届、賞与支払届、算定基礎届、月額変更届等）・届出の証明欄（例えば、傷病手当金請求書の診療を担当した医師欄及び事業主証明欄など第三者の証明が必要なもの）を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）又は訂正印が必要となります。

### 4. 押印廃止に伴う届出の真正性について

届出の真正性を当組合が確認する必要がある場合もございますので、ご了承ください。

### 5. 引き続き押印が必要となる届出様式の例

（1） 限度額適用・標準負担額減額認定申請書 → 市区町村長証明の押印

- (2) 出産育児一時金・出産育児一時金付加金請求書 → **市区町村長証明の押印**
- (3) 第三者行為による傷病届（交通事故）の添付書類
- ① 事故発生状況報告書 → **報告者の印**
  - ② 念書兼同意書 → **被保険者、被扶養者の印**
  - ③ 交通事故証明書、交通事故証明書入手不能理由書 → **証明印**
- (4) 診療報酬明細書及びその他の開示請求における被保険者（又は遺族）と任意代理人の間で取り交わす「委任状」 → **「委任状」への押印、印鑑登録証明書の添付**
- (5) 被保険者からの申出があった時のみ変更が可能であり、確実に申出があったことへの真正性を担保するため、被保険者の押印が必要となります。
- ① 産前産後休業終了時報酬月額変更届
  - ② 育児休業等終了時報酬月額変更届

## 6. その他

- (1) 押印廃止の取扱いについて、変更等が生じた場合にはあらためてご連絡いたします。
- (2) 押印欄があっても押印は不要となりますが、押印があっても差し支えありません。
- (3) ご不明の場合は担当部署にお問い合わせください。

【問合せ先】 業務部 適用課または給付課

TEL 3 2 9 3 - 3 9 3 3

## 届出用紙のダウンロード利用のご案内

健康保険 適用・給付関係の届出用紙の一部が、当組合ホームページからダウンロードしてご利用いただけます。また、Excel形式で入力し印刷ができますのでご利用ください。(①～⑫、⑭～⑯)

### 1 ダウンロード

東京都信用金庫健康保険組合ホームページ  
<https://www.shinkinkenpo.or.jp/> ⇒ 申請書一覧



適用関係	① 資格取得届（兼勤務地届）
	② 資格喪失届
	③ 任意継続被保険者資格取得申請書
	④ 健康保険被保険者証 高齢受給者証（減失・き損）再交付申請書 資格確認書
	⑤ 被扶養者現況書
	⑥ 算定基礎届
	⑦ 月額変更届
	⑧ 賞与支払届
	⑨ 限度額適用申請書
	⑩ パート・短時間労働者の労働時間・労働日数調査票
	⑪ 産前産後休業取得者申出書
	⑫ 産前産後休業取得者変更（終了）届
	⑬ 産前産後休業終了時報酬月額変更届
	⑭ 育児休業等取得者申出書（新規・延長）
	⑮ 育児休業取得者終了届
	⑯ 育児休業等終了時報酬月額変更届
給付関係	⑰ 被保険者・家族療養費支給申請書(コルセット用)
	⑱ 被保険者・家族出産育児一時金付加金請求書
	⑲ 被保険者・家族埋葬料(費)・埋葬付加金請求書
その他	⑳ 被保険者勤務地変更届
	㉑ 特定疾病療養受療証交付申請書

### 2 使い方等

- (1) 形式はPDFとExcelです。
- (2) A4版の白色紙に片面印刷してご利用ください。
- (3) 単票ですので、「副」は出力されません。当組合は届の内容に応じた決定通知書等を作成します。

### 3 上記以外の届出用紙につきましては、従来どおりご請求ください。

※ 給付関係については当組合が印刷した用紙も用意しています。

〔適用関係の主な手続一覧〕

事 例	届書の名称	提出期間	提出者	頁
従業員を採用したとき	被保険者資格取得届	5日以内	事業主	1
パートタイマー・短時間労働者を採用したとき	短時間労働者の労働時間・労働日数調査票	取得届に添付	事業主	2
被保険者が退職・死亡したとき 後期高齢者医療制度に該当したとき	被保険者資格喪失届	5日以内	事業主	7
被保険者（被扶養者）の住所・氏名・フリガナ・生年月日・続柄に変更・訂正があったとき	資格確認書等 記載事項（変更・訂正）届	5日以内	事業主	11
資格確認書等を紛失したとき	被保険者証等（滅失・き損）再交付申請書	ただちに	被保険者（事業主経由）	14
採用した従業員に被扶養者がいるとき 被扶養者に異動があったとき	被扶養者（異動）届	5日以内	被保険者（事業主経由）	18
被保険者が産前産後休業を取得したとき	産前産後休業取得者申出書	産前産後休業期間中	事業主	27
出産により産前産後休業に変更があったとき 休業終了予定日前に休業を終了したとき	産前産後休業取得者変更（終了）届	ただちに	事業主	30
産後休業から復帰した被保険者の報酬が下がり標準報酬月額を改定するとき	産前産後休業終了時報酬月額変更届	ただちに	被保険者（事業主経由）	32
被保険者が育児休業等を取得したとき 育児休業の終了予定日を延長するとき	育児休業等取得者申出書（新規・延長）	育児休業期間中	事業主	35
育児休業等終了予定日より前に休業を終了したとき	育児休業等取得者終了届	ただちに	事業主	39
育児休業等から復帰した被保険者の報酬が下がり標準報酬月額を改定するとき	育児休業等終了時報酬月額変更届	ただちに	被保険者（事業主経由）	42
7月1日現在の被保険者の報酬を届け出るとき（定時決定）	被保険者報酬月額算定基礎届	毎年7月1日～7月10日まで	事業主	54
固定的賃金の変動によって報酬に著しい変動があったとき（随時改定）	被保険者報酬月額変更届	ただちに	事業主	57
賞与を支払ったとき	被保険者賞与支払届	5日以内	事業主	61

## 健康保険・被保険者資格取得届

健康保険の適用事業所に使用されるなど、被保険者の資格を取得したときは、事業主は「被保険者資格取得届」を資格取得の日から5日以内に健康保険組合に提出してください。

なお、資格取得届には「住民票（コピー可）」を必ず添付してください。

また、被扶養者がいる方については「健康保険被扶養者（異動）届」（23頁参照）を添付してください。

### 届出の記載要領

- 健康保険被保険者の記号及び保険料納入告知書の番号（被保険者の記号と同一の番号）を記入する。
- 被保険者の番号を記入する。
- 被保険者の氏名及びフリガナを記入する。
- 被保険者の生年月日を記入する。（数字が一桁の場合は、前に「0」を付ける）
- 種別（性別）欄は、該当に○をする。
- 勤務地欄は、店舗名・店舗コード（3桁）を記入する。
- 資格取得年月日欄は、適用事業所に使用された日を記入する。
- 個人番号（マイナンバー）を記入する。（再雇用者の場合は再度ご確認の上、「変更ナシ」かマイナンバーをご記入ください。）
- 住民票上の住所を記入する。（マイナンバーカードと保険証の紐付けの正確性が確認されるまで、当分の間、住民票の添付もお願いします。）  
※ 住所だけでなく、必ず7桁の郵便番号も記入する。住民票上の住所と居住している住所が異なる場合はご連絡ください。
- マイナ保険証をお持ちでない場合は資格確認書発行要否欄にチェック  を入れる。
- 報酬額の（ア）金銭によるものの額（イ）現物によるものの額（ウ）合計を記入する。  
（ア）金銭によるものの額欄は、基本給・役付手当・家族手当・残業手当・通勤手当等。  
また、「通勤手当」は所得税法上、1カ月あたり15万円まで非課税の扱いですが、課税・非課税に関わらず社会保険では報酬に含めることになっています。  
（イ）現物によるものの額欄は、食事・住宅・通勤定期券等、現物（金銭以外）で支給されるもの。  
（ウ）合計額欄は、（ア）＋（イ）の合計額を記入する。
- 標準報酬月額欄は（ウ）の合計額を標準報酬月額表（60頁参照）にあてはめて記入する。
- 被扶養者届の添付の有無欄は、有または無を記入。  
有の場合は「健康保険被扶養者（異動）届」を資格取得届に添付する。（23頁参照）

14. パートタイマー・短時間労働者に該当する場合は  を入れてください。
15. 備考欄は、事業所に雇用される以前に当組合の被保険者（当組合の適用事業所・任意継続被保険者等）であった場合は、「旧記号・番号」を記入する。
16. 届書は、資格取得月ごとに分けて提出してください。  
※ 本人確認（氏名、生年月日、住所等を確認）のうえ提出してください。

## 60歳以上の退職後継続再雇用

雇用契約が満了し、引き続き嘱託等として再雇用された場合は、事実上の使用関係が継続しており、被保険者資格も原則的に継続します。

ただし、被保険者の退職後継続再雇用（1日も空くことなく同じ会社に再雇用されること）については、いったん使用関係が中断したとみなし、資格喪失届・資格取得届を提出できません。

これにより、再雇用後の給与に基づき標準報酬月額資格取得時決定が行われ、保険料額等は、再雇用後の給与に応じた額に変更されます。（正社員に限らず、役員・嘱託・パートタイマー等も対象となります。）

退職後継続再雇用の取り扱いを受ける場合は、次の①と②を添付し資格取得届の備考欄に旧記号、番号を記入して提出してください。被扶養者がいる場合には「健康保険被扶養者（異動）届」（23頁参照）を添付してください。

- ① 就業規則、退職辞令の写し（退職日の確認ができるものに限る）
- ② 雇用契約書の写し（継続して再雇用されたことがわかるものに限る）

## パートタイマー・短時間労働者の資格取得者

パートタイマー・短時間労働者の資格取得者の場合は、パート・短時間労働者の労働時間・労働日数調査票を添付する。（5頁参照）

※内容によっては雇用契約書等を添付していただく場合があります。

### パートタイマーとして被保険者になる要件

次の4分の3基準を満たす場合は、被保険者（パートタイマー）になります。  
4分の3基準 1週の所定労働時間および1月の所定労働日数が、同一の事業所に使用される通常の労働者の所定労働時間および所定労働日数の4分の3以上であること

### 短時間労働者として被保険者になる要件

上記の4分の3基準を満たさない労働者であっても、社会保険の適用拡大による次の5要件をすべて満たす場合は、被保険者（本書では短時間労働者と表記）になります。

以下の（1）～（5）の要件を全て満たす短時間労働者の方が対象です。

お手もとに雇用契約書や労働条件通知書、給与明細書などをご用意の上、ご確認ください。

- （1） 1週間あたりの決まった労働時間が20時間以上であること  
労働時間の中に残業時間は含めません。あらかじめ働くことが決まっている労働時間（所定労働時間）をご確認ください。
  - （2） 1カ月あたりの決まった賃金が88,000円以上であること  
賃金の中に賞与、残業代、通勤手当などは含めません。あらかじめ決まっている賃金（所定内賃金）をご確認ください。契約書等で不明な場合は、例えば「時間給×週の所定労働時間×52週÷12カ月」で計算します。
  - （3） 雇用期間の見込みが2カ月超であること  
雇用期間が2カ月以内である場合であっても、就業規則や雇用契約書等の書面においてその契約が更新される場合がある旨が明示されている場合などを含みます。
  - （4） 学生でないこと  
ただし、夜間、通信、定時制の学生の方は対象となります。
  - （5） 以下のいずれかに該当すること
    - ① 従業員数が51人以上の会社（特定適用事業所※）で働いている
    - ② 従業員数が50人以下の会社で働いていて、社会保険に加入することについて労使で合意がなされている
- ※厚生年金保険被保険者数常時100人超の要件は、令和6年10月から常時50人超に引き下げられました。

## 被保険者資格取得届の誤記入による訂正届

資格取得届の記入内容に誤りがあった場合は、資格取得届の用紙を使用し各種訂正届を提出してください。（6頁参照）

- |                      |            |
|----------------------|------------|
| （1） 資格取得時の氏名を誤ったとき   | 氏名訂正届      |
| （2） 資格取得時の生年月日を誤ったとき | 生年月日訂正届    |
| （3） 資格取得時の性別を誤ったとき   | 種別訂正届      |
| （4） 資格取得日を誤ったとき      | 資格取得年月日訂正届 |
| （5） 資格取得時の報酬月額を誤ったとき | 報酬月額訂正届    |

### 〈記載要領〉

各種訂正届の該当する項目を、下段に正しい内容を黒字で記入し、上段に誤った内容を赤字で記入する。

※ 上記（1）～（4）については、被保険者証等の記載内容も変わります。マイナ保険証をお持ちでない方には、資格確認証を発行します。

被保険者資格取得届  
(兼勤務地届)

届書種別	被保険者の記号	保険料納入告知書の番号
200	54	54
被保険者の番号	被保険者の氏名	フリガナ
10000	シンキン	タロウ
1234	信金	太郎
個人番号	被保険者住所	被保険者住所
5678	9101	東京都新宿区〇〇〇1-1-1
第 号	第 号	第 号
個人番号	被保険者住所	被保険者住所
第 号	第 号	第 号
個人番号	被保険者住所	被保険者住所

〔記入上の注意〕  
 ア、氏名には必ずフリガナをつけてください。  
 イ、事業所の所在地および名称は、もれなく記載してください。  
 ウ、勤務地（店舗名および店舗コード）を記入してください。  
 エ、※印は記入しないてください。  
 オ、個人番号を必ず記入してください。

東京都信用金庫健康保険組合

令和 年 月 日 提出

※ 月分保険料（月告知書発送）で計算します。

係	処理

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇〇-〇〇  
 事業所 名称 駿河台信用金庫  
 事業主 氏名 理事長 〇〇 〇〇

確認日付印 受付日付印

常務理事	事務局長	業務部長	課長	係長	主任	係

資格取得の年月日 (入社した日など)	資格取得の種別 (性別)	勤務地	ア 金銭によるものの額 イ 現物によるものの額 ウ 合 計	標準報酬月額	被扶養者届の添付の有・無	備考
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	男	本部	ア 200,000 イ ウ 200,000	200		
昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						
昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						
昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						
昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						

パート・短時間労働者の労働時間・労働日数調査票

被保険者の記号	被保険者の氏名	雇用契約期間	1日及び1週の勤務時間数	1箇月の勤務日数	職種	同職種者(正社員)の勤務時間数及び日数
第 号	~	1日 時間 分 1週 日	1日 時間 分 1週 日	日		1日 時間 分 1週 日・一ヶ月 日
第 号	~	1日 時間 分 1週 日	1日 時間 分 1週 日	日		1日 時間 分 1週 日・一ヶ月 日
第 号	~	1日 時間 分 1週 日	1日 時間 分 1週 日	日		1日 時間 分 1週 日・一ヶ月 日
第 号	~	1日 時間 分 1週 日	1日 時間 分 1週 日	日		1日 時間 分 1週 日・一ヶ月 日

※内容によっては、雇用契約書等を添付していただく場合があります。

※パートタイム・短時間労働者としての資格取得については、下記の要件をご参照のうえ、ご提出ください。

パートタイムの資格取得要件

・1週の所定労働時間および1月の所定労働日数が、同一の事業所に使用される通常の労働者の所定労働時間および所定労働日数の4分の3以上であること

短時間労働者の資格取得要件

- ①1週間あたりの決まった労働時間が20時間以上であること
- ②1カ月あたりの決まった賃金が88,000円以上であること(残業代、交通費等は含まない)
- ③雇用期間の見込みが2ヶ月以上であること(1年未満である場合、契約が更新される旨が明示されている必要あり)
- ④学生ではないこと
- ⑤従業員数が51人以上の特定適用事業所で働いていること(50人以下では労使の合意がなされている場合は適用)

健康保険 〇〇〇訂正  
被保険者資格取得届  
赤字で記入(兼勤務地届)

届書種別 200	被保険者の記号 54	保険料納入告知書の番号 54	被保険者の氏名 シンギン	勤務地 東京都新宿区〇〇〇1-1-1	資格取得の日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	被扶養者届の添付の有無 有	備考
被保険者の番号 10000	被保険者のフリガナ シンギン	被保険者の氏名 タロウ	性別 男	勤務地 本部	資格取得の年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	標準報酬月額 200千円	
個人番号 1234	被保険者の住所 5678 9101	被保険者の住所 東京都新宿区〇〇〇1-1-1	出生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日	勤務地 本部	資格取得の年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	標準報酬月額 220千円	
個人番号	被保険者の住所	被保険者の住所	出生年月日	勤務地	資格取得の年月日	標準報酬月額	
個人番号	被保険者の住所	被保険者の住所	出生年月日	勤務地	資格取得の年月日	標準報酬月額	
個人番号	被保険者の住所	被保険者の住所	出生年月日	勤務地	資格取得の年月日	標準報酬月額	

(記入上の注意)  
ア、氏名には必ずフリガナをつけてください。  
イ、事業所の所在地および名称は、もれなく記載してください。  
ウ、勤務地(店舗名および店舗コード)を記入してください。  
エ、※印は記入しないてください。  
オ、個人番号を必ず記入してください。

東京都信用金庫健康保険組合

※ 月分保険料(月告知書発送)で計算します。

係	処理

事業所  
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇〇-〇〇  
所在地  
名称 駿河台信用金庫  
事業主 氏名 理事長 〇〇 〇〇

受付日付印

確認日付印

### 健康保険・被保険者資格喪失届

被保険者の資格は、下記の(1)～(6)に該当する日の翌日、また後期高齢者医療制度の被保険者となった日に被保険者の資格を喪失しますので、事業主は「被保険者資格喪失届」を資格喪失の日から5日以内に健康保険組合に提出してください。

資格喪失届には、「資格確認書」が交付されている場合は必ず添付してください。(※1)

なお、資格確認書を無くしてしまったときは、「資格確認書滅失再交付申請書」(15頁参照)を、被保険者であった方より回収できないときは、「資格確認書等回収不能届」(17頁参照)を作成し添付してください。

- (1) 適用事業所に使用されなくなった日(退職等)
- (2) 臨時雇用に切り替えるなど適用除外になった日
- (3) 事業所が廃止になった日
- (4) 任意事業所が任意包括脱退を認可された日
- (5) 任意特定適用事業所から取消申出書を受理した日
- (6) 死亡した日

(※1)

資格確認書の返納については、健康保険法施行規則第51条により事業主に回収義務があると規定されております。資格喪失届を提出の際、届出書のみを提出し、後から資格確認書を回収することが常態とならないよう、よろしく願いいたします。届出書の被保険者証等の回収区分欄にある「遅延」の欄は、あくまで緊急用としてください。

また、有効期限を満了した資格確認書は回収が不要となります。

### 届出の記載要領

1. 被保険者の記号を記入する。
2. 被保険者の番号を記入する。
3. 被保険者の氏名を記入する。
4. 生年月日を記入する。
5. 性別欄は、該当に○をする。
6. 資格喪失日欄は、退職・死亡した日等の翌日を記入する。
7. 資格喪失の原因(その他・死亡・75歳到達)欄は、該当に○をする。
8. 標準報酬月額欄は、資格喪失時の標準報酬月額を記入する。
9. 備考欄は、退職年月日又は死亡した日等を記入する。
10. 健康保険被扶養者の有無欄は、該当に○をする。
11. 被保険者証等の回収区分欄は、該当に○をする。

- 被保険者用回収区分
  - 添付 資格確認書を添付できる場合
  - 遅延 届出時に添付できないが後日返還できる場合
  - 減失 「被保険者証・高齢受給者証・資格確認書減失再交付申請書」(15頁参照)を添付する。
  - 被扶養者の人数欄は、該当に○をする。被扶養者の人数を記入する。
12. 届書は資格喪失月ごとに分けて提出してください。

### 被保険者資格喪失年月日の誤記入による訂正届

資格喪失日を誤って記入した場合は、資格喪失届の用紙を使用し訂正届を提出してください。(10頁参照)

喪失年月日は「退職した日若しくは死亡した日の翌日」となります。

月末に退職した場合で退職日を記入してしまうと資格喪失月が1カ月違ってしまい、厚生年金保険においては、将来その被保険者が老齢年金等を請求した際に被保険者期間を少なく計算されたり、受給権が確保されないこともあります。

また、健康保険においても一定の要件を満たしていれば、資格喪失後でも傷病手当金等の給付を受けることができますが、喪失日を1日まちがえたために、給付を受けられなくなることがありますのでご注意ください。

#### 〈記載要領〉

資格喪失年月日記入欄の下段に正しい年月日を黒字で記入し、上段に誤った年月日を赤字で記入する。

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	主任	係

### 健康保険 被保険者資格喪失届

届書コード	201
被保険者の記号	54

被保険者の番号	被保険者の氏名	生年月日	性別	資格喪失年月日	喪失原因	標準報酬月額	被保険者用回収区分	被保険者証等の回収区分		備考
								被扶養者の人数	※健康組合使用欄 被扶養者用回収区分	
1000	(氏) 信金	昭和07年07月24日	男・女	令和00年05月31日	その他 死亡 75歳到達	240 千円	添付 遅延 減失	添付 遅延 減失	RO年5月30日 退職	
	(氏)		男・女		その他 死亡 75歳到達		添付 遅延 減失	添付 遅延 減失		
	(氏)		男・女		その他 死亡 75歳到達		添付 遅延 減失	添付 遅延 減失		
	(氏)		男・女		その他 死亡 75歳到達		添付 遅延 減失	添付 遅延 減失		
	(氏)		男・女		その他 死亡 75歳到達		添付 遅延 減失	添付 遅延 減失		

令和 年 月 日 提出

月分保険料( 月告知書発送)で計算します。

係	処理
---	----

事業所所在地 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇〇-〇〇  
 事業所名称 駿河台信用金庫  
 事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇

確認日付印 受付日付印

**健康保険 年・月・日訂正 被保険者資格喪失届**

赤字で記入

届書コード 2 0 1	被保険者の記号 54	被保険者の番号 1000	被保険者の氏名 (氏) 信金 (名) 花子	生年月日 年 月 日 07 24	性別 男・女 男・女	資格喪失年月日 令和 年 月 日 05 31	資格喪失原因 (その他) 死亡 75歳到達	標準報酬月額 千円 240	被保険者等の回収区分 被保険者用 回収区分 被扶養者用 回収区分	備考 RO年5月30日 RO年5月31日 退職
			(氏) (名)	年 月 日	男・女	令和 年 月 日	その他 死亡 75歳到達	千円	被保険者用 回収区分 被扶養者用 回収区分	
			(氏) (名)	年 月 日	男・女	令和 年 月 日	その他 死亡 75歳到達	千円	被保険者用 回収区分 被扶養者用 回収区分	
			(氏) (名)	年 月 日	男・女	令和 年 月 日	その他 死亡 75歳到達	千円	被保険者用 回収区分 被扶養者用 回収区分	
			(氏) (名)	年 月 日	男・女	令和 年 月 日	その他 死亡 75歳到達	千円	被保険者用 回収区分 被扶養者用 回収区分	
			(氏) (名)	年 月 日	男・女	令和 年 月 日	その他 死亡 75歳到達	千円	被保険者用 回収区分 被扶養者用 回収区分	

令和 年 月 日 提出

東京都信用金庫健康保険組合

係	処理

月分保険料( 月告知書発送)で計算します。

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇  
 事業所所在地 駿河台信用金庫  
 事業所名称 理事長 〇〇 〇〇

確認日付印 受付日付印

### 資格確認書等 記載事項等 (変更・訂正) 届

この届は、被保険者及び被扶養者の住所、氏名、フリガナ、生年月日、続柄の記載事項を変更・訂正するときは、変更訂正があった日から5日以内に提出してください。

#### (1) 届出の内容および被保険者証等の添付について

内 容	届出の必要性	資格確認書の添付	住民票の写しの添付
住 所 変 更	必 要 <small>(被扶養者のみが住所変更する場合であっても必要)</small>	不 要	必 要
氏 名 変 更	必 要	必 要 (対象者)	不 要
フリガナ訂正	必 要	必 要 (対象者)	不 要
生 年 月 日	必 要	必 要 (対象者)	不 要
続 柄 訂 正	必 要	不 要	不 要

#### (2) 住所変更に伴う住所欄について

被保険者・被扶養者それぞれの住所を自署するよう伝えてください。  
 なお、複数回の転居により住所欄に記入できなくなった場合には、健保事務担当者から訂正用シールを配付してください。

#### (3) 被扶養者の住所変更について

被扶養者が別居を開始または終了したときにお届けください。  
 次ページの一覧表により証明書類の添付をお願いします。

添付書類一覧表

別居を開始した理由	証明書類
1 就学のため	① 在学証明書または学生証の写し ② 住民票等居住地のわかる書類（コピー可） ①② を併せて添付してください。
2 単身赴任のため	不要
3 出産または介護での一時的な帰省のため	不要
4 療養のため等により施設に入所するため	施設発行の入所証明書
5 上記の1～4以外	生計維持の証明書類として ①～③ すべてを添付してください。 ① 被扶養者の収入証明書 ② 被扶養者に対する送金証明 ③ 住民票等居住地のわかる書類（コピー可）

- 注) 1. 被保険者の直系尊属・配偶者・子・孫・兄弟姉妹以外の方が被保険者と別居した場合には、法令に基づく被扶養者認定基準から外れ被扶養者の資格を失います。  
2. 生計維持を証明することができない場合には、被扶養者の資格を失う場合があります。

届出の記載要領

- 被保険者の記号・番号を記入する。
- 被保険者の氏名とフリガナを記入する。  
(氏名変更のときは、旧氏名を記入する)
- 現在勤務している事業所の名称・所在地を記入する。
- 変更・訂正内容欄は、住所・氏名・フリガナ・生年月日・続柄のそれぞれ該当する項目のみ変更・訂正前及び変更・訂正後を記入する。
- 変更・訂正する項目に○をする。

※ 提出に際しての注意事項

- 生年月日を訂正するときは、公的な書類を確認する。
- 住所変更の場合は、住所だけでなく必ず7桁の郵便番号も記入する。また、住民票の写しも添付する。
- 住所地に於いて地番変更等があったときも届出（住所変更）をする。

正

資格確認書等 記載事項等 (変更・訂正) 届

◎ この届は、被保険者及び被扶養者の住所、氏名、フリガナ、生年月日、続柄の記載事項に変更・訂正がおきたときに、必ず提出してください。(住所、続柄の変更・訂正以外は、該当する方の資格確認書等添付のこと)

常務理事	事務局長	業務部長	課長	係長	主任	係
------	------	------	----	----	----	---

被保険者の記号・番号	記号	番号	54	1000
被保険者氏名 (氏名変更の場合には変更前の氏名)	(フリガナ) シン	キン	ハナ	コ
	信 金 花 子			
変更前の (訂正前)	氏名	(フリガナ) シンキン	ハナコ	続柄
	氏名	信 金 花 子		
変更後の (訂正後)	生年月日	昭・平・令	年	月
	生年月日	101-0062		
住所	住所	東京都	千代田区	〇〇〇
	住所	1-2-3-333		
氏名	(フリガナ) ケンボ	ハナコ	続柄	
	健 保 花 子			
生年月日	昭・平・令	年	月	日生
	101-0062			
住所	東京都	千代田区	〇〇〇	
	1-1-1-503			

変更・訂正年月日	令和〇〇年	3月	3日
変更・訂正事項	この欄の該当するものを○で囲んでください。 [被保険者] の(住所) (氏名) (フリガナ) (生年月日) (続柄) の(変更) (訂正)		
別居となつた理由(詳しく)	〒		
住所	〒		
※ 仕送り額	毎月	円	

(注意事項)

- この届書は、変更のあった日から5日以内に提出してください。
- 住所・氏名・フリガナ・生年月日・続柄の変更及び訂正は、従来のもを变更前に、新規のものに変更後の欄に記入してください。
- 住所の変更は、資格確認書等を添付する必要があります。資格確認書の住所欄は、各自で訂正してください。なお、住所記載欄の記入スペースがない場合には、健保事務担当者住所記載シートをもらい貼付してください。
- 被扶養者が別居となった場合は、※欄に記入してください。その場合、住民票・収入を証明する書類等の添付が必要となる場合があります。

東京都信用金庫健康保険組合 令和 年 月 日提出

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇〇-〇〇  
事業所名称 駿河台信用金庫

係	処理
---	----

確認日付印 受付日付印

# 健康保険・被保険者証・高齢受給者証・資格確認書（滅失・き損）再交付申請書

マイナ保険証をお持ちでない方には、健康保険資格確認書を発行しますが、紛失したときは、再交付を受けることができますので、被保険者は再交付申請書をすみやかに事業主を経由して健康保険組合に提出してください。

## 届出の記載要領

1. 被保険者の記号番号氏名を記入する。
2. 生年月日を記入する。
3. 性別欄は、該当に○をする。
4. 被保険者の現住所を記入する。
5. 再交付を受ける対象となる方の氏名、生年月日、続柄等を記入する。
6. 再交付を申請する理由（詳しく）を記入する。
7. 最近受診した病・医院名を記入する。（必ず）

※ 被保険者が資格喪失時に健康保険被保険者証等を紛失し、資格喪失届に添付できない場合は、再交付申請書の部分を二重線で抹消して「届」と記載して「被保険者証滅失届」として資格喪失届に添付してください。

令和6年12月2日以降は保険証の発行はいたしません。

マイナンバーカードと紐付けして、マイナ保険証としてお使いください。

健康保険被保険者証  
高齢受給者証  
資格確認書

滅失  
き損

再交付申請書

届書コード 2 5 1		事務理事		部長		課長		係長		主任		係	
被保険者の記号	被保険者の番号	被保険者の氏名 (氏) 信 金 花 子		生 年 月 日	性 別	資 格 取 得 年 月 日							
54	1000	(氏)	信 金	昭 和 〇 〇 〇 3 1 9	女	昭 和 〇 〇 〇 4 〇 1	考 備						
〒167-4567		被 保 険 者 の 住 所											
		東 京 都 千 代 田 区 〇 〇 〇 1 - 2 - 3 - 3 3 3											
再交付申請の対象となる方を記入		氏 名 (氏)	生 年 月 日	性 別	続 柄	再交付を申請する理由 (詳しく)	最近受診した医療機関名 (必ず)						
被 保 険 者					本人								
被 扶 養 者		信 金 一 郎	平 成 〇 〇 〇 5 〇 3	男	長 男	旅行中に保険証の入った バッグを盗まれた	△△クリニック						
		(氏)	年 月 日			警察に届出。No.〇〇〇〇							
		(氏)	年 月 日										
		(氏)	年 月 日										

上記のとおり被保険者から健康保険高齢受給者証・資格確認書の再交付申請がございましたので届出いたします。

令和 年 月 日 提出  
確認日付印  
受付日付印

事業所所在地  
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇〇-〇〇

事業所名称  
駿河台信用金庫

事業主氏名  
理事長 〇〇 〇〇

係	処理

## 健康保険・資格確認書等回収不能届

被保険者が事業所を退職などの理由で資格喪失したとき、事業主は退職者の資格確認書等（交付されている場合）を回収し、資格喪失届に添付し提出してください。

なお、退職者から資格確認書等が返納されず、その後再三の返納督促にもかかわらず返納されない、あるいは退職後被保険者の居所が不明となり資格確認書等を回収不能となった場合には、「資格確認書等回収不能届」を作成し、資格喪失届に添付して提出してください。

### ※ 被保険者証等回収不能届を提出する際の注意事項

資格確認書等を紛失した場合は、「被保険者証等滅失再交付申請書」の届出により回収したことの代わりになりますが、紛失以外は必ず回収をお願いします。

回収されないと、資格喪失後に不正使用されることもありますので、事業主は「被保険者証等回収不能届」を安易に作成、提出するものではなく回収については、十分手を尽くしてから提出してください。

## 資格確認書等回収不能届

常務理事	事務局長	業務部長	課長	係長	主任	係
------	------	------	----	----	----	---

被保険者の記号	被保険者の番号	被保険者の氏名		生 年 月 日	性 別
54	10000	(氏) 信金	(名) 太郎	昭 平 〇 〇 一 一 一 〇	男 女
〒111-0062 東京都千代田区〇〇〇1-1-1					
被 保 険 者 の 住 所					
回収不能の対象となる方を記入					
被 保 険 者	(氏)	氏 名	(名)	生 年 月 日	性 別
		信金	太郎	昭 平 〇 〇 一 一 一 〇	男 女
被 扶 養 者		信金	花子	昭 平 令 〇 〇 〇 七 二 四	男 女
				昭 平 令 昭 平 令 昭 平 令	男 女 男 女 男 女
				続柄	本人 妻
				資格確認書等を返納できない理由（詳しく）	督促の状況（必ず）
					※ 督促状況を詳細に記入してください。

上記の者について、資格確認書等が回収不能であるため届出します。

令和 年 月 日提出

確認日付印 受付日付印

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇  
 事業所 名称 駿河台信用金庫  
 事業主 氏名 理事長 〇〇 〇〇

東京都信用金庫健康保険組合

## 健康保険・被扶養者（異動）届

被扶養者のいる方が被保険者資格を取得したときは、資格取得の日から5日以内に資格取得届に被扶養者（異動）届を添えて、事業主を経由して健康保険組合に提出し、認定を受けてください。

また、被扶養者の異動があったとき、たとえば、子が生まれたときや、死亡したり、生計維持関係がなくなり被扶養者の範囲に属さなくなったとき及び後期高齢者医療制度の被保険者になったときは、その事実が発生した日から5日以内に被扶養者（異動）届を事業主を経由して健康保険組合に提出してください。

### 届出の記載要領

1. 保険料納入告知書の番号（被保険者等の記号と同一の番号）を記入する。
2. 被保険者の記号と番号を記入する。
3. 被保険者の氏名とフリガナの記入をする。
4. 被保険者の性別欄は、該当に○をする。
5. 被保険者の生年月日を記入する。
6. 被保険者の現住所を記入する。
7. 被保険者の勤務する事業所の名称を記入する。
8. 被保険者の勤務する事業所の所在地を記入する。
9. 資格取得年月日（適用事業所に使用された日）を記入する。
10. 届を出す際の被保険者の標準報酬月額を記入する。
11. 届出が受理された後の被扶養者数を記入する。
12. 届出が受理される前の被扶養者数を記入する。
13. 被扶養者の増加または減少の別欄は、該当に○をする。
14. 該当する被扶養者の氏名及びフリガナを記入する。
15.     〳 被扶養者の性別欄は、該当に○をする。
16.     〳 被扶養者の生年月日を記入する。
17.     〳 被扶養者の被保険者との続柄を記入する。
18.     〳 被扶養者の職業等について記入する。
19. 個人番号（マイナンバー）を記入する。  
扶養者が減の場合、個人番号の記入は必要ありません。
20. 該当する被扶養者の収入の有無欄は、該当に○をする。
21.     〳 被扶養者の被保険者との世帯別欄は、該当に○をする。
22.     〳 被扶養者を扶養しはじめた日または扶養しなくなった日を記入する。  
死亡の場合には、扶養しなくなった日に死亡日の翌日を、備考欄に死亡日を記入してください。

23. 該当する被扶養者を扶養しはじめた理由または扶養しなくなった理由を記入する。
24. 備考欄は、該当被扶養者の以前の資格等、付記事項があれば記入する。
25. マイナ保険証をお持ちでない方は、資格確認書発行要否欄にチェック  を入れる。

### 《被扶養者（異動）届に添付する書類等》

1. 被扶養者が減になる場合  
該当する方の資格確認書等（交付されている場合）
  2. 被扶養者が増になる場合（被扶養者になる為には、健康保険組合の認定が必要です）  
確認書類（扶養対象者が16歳以上の場合および共同扶養の場合）
    - (1) 被保険者と同居している場合
      - ア) 被扶養者現況書（共同扶養の場合、追加書類がありますので、適用課までご連絡ください）
      - イ) 学生の場合は、在学証明書または学生証の写し等
      - ウ) その他
        - 退職の場合は、前勤務先の所属する健康保険組合が発行する「資格喪失証明書」又は、「資格喪失確認通知書の写し」（確認印のあるもの）等
        - 雇用保険受給満了の場合は、受給資格者証の写し（終了印のあるもの）
        - 生計維持関係を証明する書類  
「課税・非課税証明書」、「年金等支給通知書の写し」、「廃業証明書または、確定申告書の写し」等
        - 同一世帯であることの確認書類  
「世帯全員の住民票（コピー可）」等
        - 親族であることの確認書類  
「戸籍謄本」、「戸籍に関する全部事項証明書」等
    - (2) 被保険者と別居している場合（直系尊属・配偶者・子・孫及び兄弟姉妹）  
別居している方を被保険者が『主として生計を維持』していくには、家賃・食費など様々な生活に関する費用を負担することとなり、これらを可能にする為には、社会通念上相当額の送金が必要となります。加えて、ご自身・同居家族の生活費等もかかることから、被扶養者として認定する際は総合的に判断させていただきます。  
※ 仕送り条件を満たしている場合でも、他の被扶養者認定条件に満たない場合は不認定となります。
- 送金額**  
被保険者からの送金は、対象者の収入以上であることが条件となります。（社会通念上、1人の大人が生活できる常識的な額）
- 送金時期**  
送金は、定期的に継続して生活費として利用するための援助金であるため、毎

月継続していることが必要です。毎月の仕送り額が少なく、その分賞与月に多く送金していたとしても加算いたしません。

**確認方法**

手渡しは認められません。公的機関の書類（金融機関等振込の利用明細、送金証明書、現金書留郵便の控など、日付、金額、送金人、受取人が記載されているもの）で確認します。

※ なお、確認方法は、被扶養者調書を提出する際に、1年分の送金の記録を添付していただくほか、当組合より任意の時期に提出を求める場合があります。

**参考**

○収入がある者の被扶養者認定について（S52.4.6保発第9号・最終改訂H5.3.5保発第15号）

- 認定対象者が被保険者と同一世帯の場合、年間収入が130万円未満（60歳以上または障害厚生年金の受給要件に該当する場合は180万円未満）であって、かつ被保険者の年間収入の2分の1未満である場合。
- 被保険者と同一世帯に属していない場合、年間収入が130万円未満（60歳以上または障害厚生年金の受給要件に該当する場合は180万円未満）であって、かつ、被保険者の援助に依る収入額より少ない場合。

○夫婦共同扶養の場合における被扶養者の認定について（R3.4.30保保発0430第2号法改正令和3年8月1日から適用）

被扶養者とすべき者の員数にかかわらず、被保険者の年間収入（過去の収入、現時点の収入、将来の収入等から今後1年間の収入を見込んだものとする。）が多い方の被扶養者とする。

※申請の際は、夫婦双方の勤務先から今後1年間の収入見込証明書をご提出いただきます。

○失業等給付を受給する者の被扶養者認定について（H18.6.2関東信越厚生局）

- 失業給付も収入であることに変わりがないことから、「収入がある者についての被扶養者の認定について」により取り扱うこと。（S52.4.6保発第9号）

○19歳以上23歳未満の被扶養者に係る認定について（R7.7.4保発0704第2号）

認定対象者の年間収入に係る認定要件のうち、その額を130万円未満とするものについて、当該認定対象者（被保険者の配偶者を除く。）が19歳以上23歳未満である場合にあっては150万円未満として取り扱うこと。

**見本**

**収入見込証明書**

氏名

年	月	給与(控除前)	標準報酬月額	賞与	支給額計	〇をしてください	備考(理由)
令和 年	1月	円	千円	円	円	実績・見込	
	2月	円	千円	円	円	実績・見込	
	3月	円	千円	円	円	実績・見込	
	4月	円	千円	円	円	実績・見込	
	5月	円	千円	円	円	実績・見込	
	6月	円	千円	円	円	実績・見込	
	7月	円	千円	円	円	実績・見込	
	8月	円	千円	円	円	実績・見込	
	9月	円	千円	円	円	実績・見込	
	10月	円	千円	円	円	実績・見込	
	11月	円	千円	円	円	実績・見込	
	12月	円	千円	円	円	実績・見込	
小計		円	千円	円	円		
令和 年	1月	円	千円	円	円	実績・見込	
	2月	円	千円	円	円	実績・見込	
	3月	円	千円	円	円	実績・見込	
	4月	円	千円	円	円	実績・見込	
	5月	円	千円	円	円	実績・見込	
	6月	円	千円	円	円	実績・見込	
	7月	円	千円	円	円	実績・見込	
	8月	円	千円	円	円	実績・見込	
	9月	円	千円	円	円	実績・見込	
	10月	円	千円	円	円	実績・見込	
	11月	円	千円	円	円	実績・見込	
	12月	円	千円	円	円	実績・見込	
小計		円	千円	円	円		
合計							

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

住所  
電話  
事業所名  
代表者  
担当者

㊞

※記入上の注意

①給与・賞与は総支給額(通勤手当等非課税分を含む)をご記入ください。

②扶養認定を希望する月以降は見込み額をご記入ください。それ以前は実績をご記入ください。

③育児休業・再雇用等に該当する方は、将来の見込み額(例：育児休業取得期間は0円)をご記入ください。





## 生計維持確認に関する届出書（別居）

今般、扶養の申請いたしました対象者は、現在別居しておりますが、今後は被保険者である私が主として生計を維持する為、生活費等に必要な送金を行います。

なお、この送金の事実確認について、健保組合から明示を求められた場合は、速やかに提出いたします。

※扶養認定された後、主たる生計維持者が変更になった場合や送金等の事実が無くなった場合（確認できない場合）は、被扶養者としての資格を喪失します。

なお、送金方法は金融機関からの振込や、現金書留によるものとし、当該対象者の口座等へ毎月定期的・継続的に対象者の収入よりも多い金額かつ、その仕送りで生活できる金額を送金していることを証明する必要があります。

現金の手渡しや、数ヶ月分をまとめて仕送りすることは認められません。

上記事項に同意し、申請いたします。

東京都信用金庫健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

被保険者  
氏 名

---

## 健康保険・産前産後休業取得者申出書

次世代育成の観点から、出産前後の経済的負担を軽減し、子供を生みやすい環境を整えることを目的として、事業主の申出により産前産後休業期間中の保険料の額が免除されますので、事業主は「産前産後休業取得者申出書」を健康保険組合に提出してください。

保険料の免除期間は、産前産後休業を開始した日の属する月から産前産後休業が終了する日の翌日が属する月の前月までです。必ず産前産後休業期間中に提出してください。

なお、育児休業等の期間と産前産後休業の期間が重複する場合は、産前産後休業期間中の保険料免除を優先します。

### 届出の記載要領

1. 被保険者の記号を記入する。
  2. 被保険者の番号を記入する。
  3. 被保険者の氏名及びフリガナを記入する。
  4. 被保険者の生年月日を記入する。
  5. 出産予定年月日を記入する。（出産後に提出する場合も記入する）
  6. 該当する出産種別を○で囲む。
  7. 「出産年月日」は出産後に提出する場合に記入する。
  8. 「産前産後休業期間」は、
    - ① 出産前に提出する場合は、産前産後休業の開始年月日及び終了予定年月日を記入する。  
（出産予定年月日より前に出産したときは、産前休業が出産予定日を基準とした開始年月日より早まる場合があります）
    - ② 出産後に提出する場合は、出産の日以前42日（多胎妊娠は98日）から、出産の日後56日目までの間で、妊娠または出産に関する事由を理由として労務に服さなかった期間を記入する。
- ◎ 太枠の枠内を記入し「※印」欄は記入しないでください。

〈健康保険・産前産後休業取得者確認通知書〉

申出書により当該被保険者が、保険料免除の対象者であると確認したときは、「産前産後休業取得者確認通知書」により事業主へ通知します。

常務理事	事務局長	部長	課長	部長	主任	係

健康保険 産前産後休業取得者申出書

被保険者の 記号 54	被保険者の 番号 1000	被保険者の氏名 ハナコ 花子		被保険者の生年月日 昭平 〇〇 〇 3 〇 3
		出生児の氏名 キン 信金	出生年月日 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	備考
出産予定年月日 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日		出産種別 単胎 多胎	産前産後休業開始年月日 令和 〇〇 年 5 月 1 日	産前産後休業終了予定年月日 令和 〇〇 年 8 月 6 日
事業所所在地 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇		事業所名称 駿河台信用金庫	事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇	電話番号 ( 03 ) 0000 - 0000

月分保険料 ( 月告知書 発送) で計算します。  
令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

確認日付印 受付日付印

係	処理

◎「※」印欄は記入しないでください。

様式コード  
2 2 7 3

健康保険  
厚生年金保険

産前産後休業取得者  
申出書/変更(終了)届



令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	電話番号
		届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。			

社会保険労務士記載欄	受付印
氏名等	

新規申出の場合は共通記載欄に必要項目を記入してください。

変更・終了の場合は、共通記載欄に産前産後休業取得時に提出いただいた内容を記入のうえ、A変更・B終了の必要項目を記入してください。

① 被保険者整理番号	② 個人番号 [基礎年金番号]	③ 被保険者氏名 (フリガナ)(氏)	④ 被保険者生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
⑤ 出産予定年月日	9.令和	年 月 日	⑥ 出産種別	0. 単胎 1. 多胎	※出産予定の子の人数が2人(双子)以上の場合に「1.多胎」を○で囲んでください。
⑦ 産前産後休業開始年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 産前産後休業終了予定年月日	9.令和	年 月 日
⑨は、この申出書を出産後に提出する場合のみ記入してください。					
⑨ 出産年月日	9.令和	年 月 日			
⑩ 備考					

出産(予定)日・産前産後休業終了(予定)日を変更する場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

A. 変更	⑪ 変更後の出産(予定)年月日	9.令和	年 月 日	⑫ 変更後の出産種別	0. 単胎 1. 多胎	※出産予定の子の人数が2人(双子)以上の場合に「1.多胎」を○で囲んでください。
	⑬ 産前産後休業開始年月日	9.令和	年 月 日	⑭ 産前産後休業終了予定年月日	9.令和	年 月 日

予定より早く産前産後休業を終了した場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

B. 終了	⑮ 産前産後休業終了年月日	9.令和	年 月 日
-------	---------------	------	-------

- 産前産後休業期間とは、出産日以前42日(多胎妊娠の場合は98日)～出産日後56日の間に、妊娠または出産を理由として労務に従事しない期間のことです。
- この申出書を出産予定日より前に提出された場合で、実際の出産日が予定日と異なった場合は、再度『産前産後休業取得者変更届』(当届書の「共通記載欄」と「A.変更」欄に記入)を提出してください。休業期間の基準日である出産年月日がずれることで、開始・終了年月日が変更になります。
- 産前産後休業取得申出時に記載した終了予定年月日より早く産休を終了した場合は、『産前産後休業終了届』(当届書の「共通記載欄」と「B.終了」欄に記入)を提出してください。
- 保険料が免除となるのは、産前産後休業開始日の属する月分から、終了日翌日の属する月の前月分までとなります。

## 健康保険・産前産後休業取得者変更（終了）届

事業主は、「産前産後休業取得者申出書」の申出に係る事項に変更があったときまたは産休終了予定日の前日までに産休を終了した場合は、速やかに「産前産後休業取得者変更（終了）届」を健康保険組合に提出してください。また、「産前産後休業取得者申出書」が産前に提出され、出産日と出産予定日が異なった場合についても、産後、速やかにこの届を提出してください。

### 届出の記載要領

- 被保険者の記号を記入する。
- 被保険者の番号を記入する。
- 被保険者の氏名及びフリガナを記入する。
- 被保険者の生年月日を記入する。
- 「変更前」欄には、変更前の出産予定年月日を記入する。
- 該当する出産種別を○で囲む。
- 変更前の産前産後休業の開始年月日及び終了予定年月日を記入する。
- 「変更後」欄には、

① 出産予定日より前に出産した場合

出産年月日を記入する。

該当する出産種別を○で囲む。

変更後の産前産後休業の開始年月日及び終了予定年月日を記入する。

（出産年月日以前42日（多胎妊娠の場合は98日）の範囲内で妊娠または出産に関する事由で労務に服していなかった期間が産前休業となりますので、開始年月日に注意してください。月をまたがって遡る場合は、出勤簿のコピーを添付してください。）

出生児の氏名を記入する。

なお、多胎児を出産した場合は、出生児の氏名を列記する。

② 出産予定日より後に出産した場合

出産年月日を記入する。

該当する出産種別を○で囲む。

変更後の終了予定年月日（終了の場合は終了年月日）を記入する。

出生児の氏名を記入する。

なお、多胎児を出産した場合は、出生児の氏名を列記する。

◎ 太枠の枠内を記入し「※印」欄は記入しないでください。

〈健康保険・産前産後休業取得者変更（終了）確認通知書〉

産前産後休業取得者変更（終了）届により当該被保険者が、保険料免除の対象者であったことを確認した場合は、「産前産後休業取得者変更（終了）確認通知書」により事業主へ通知します。

常務理事	事務局	局長	部長	課長	係長	主任	係

## 健康保険 産前産後休業取得者変更（終了）届

被保険者の 記号	54	被保険者の氏名 (フリガナ) シン キン (氏) 信 金	ハナ コ (名) 花 子	被保険者の生年月日		
	1000		昭 平	年	月	日
				年	月	日
変更前	出産(予定)年月日	出産種別	産前産後休業期間	年	月	日
	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	○ 単胎	令和 〇〇 年 5 月 1 日 から 令和 〇〇 年 8 月 6 日 まで	〇	〇	3
変更後	出産(予定)年月日	出産種別	産前産後休業期間	年	月	日
	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	○ 単胎	令和 〇〇 年 5 月 1 日 から 令和 〇〇 年 8 月 13 日 まで			

※出産(予定)年月日	※出産種別	※産前産後休業開始年月日	※産前産後休業終了予定年月日	備 考
令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	単胎	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	
令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	多胎	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	
令和 〇〇 年 〇 月 〇 日		令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	
事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	電話番号	係
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇	駿河台信用金庫	理事長 〇〇 〇〇	( 〇3 ) 0000 - 0000	処理
				係

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

確認日付印 受付日付印

※産前産後休業終了予定年月日  
月分保険料（月告知書発送）で計算します。

◎ 「※」印欄は記入しないでください。

## 健康保険・産前産後休業終了時報酬月額変更届

産前産後休業を終了した際の報酬（標準報酬月額）が、休業時点の報酬と比べ1等級でも差が生じた場合に標準報酬月額を改定する制度です。

産休終了日の翌日の属する月以後3カ月間の報酬（支払基礎日数が17日未満の月を除く）の平均を報酬月額として算出した標準報酬月額が休業時点の標準報酬月額と1等級以上の差が生じた場合、被保険者が事業主を経由して健康保険組合に申出をすることにより、4カ月目の標準報酬月額から改定し被保険者の負担を軽減するものです。

ただし、

- ① 産休終了日の翌日に、引き続き育児休業等を開始している方については、産休終了時の改定の対象から除外される。
- ② 育児休業終了日の翌日に、引き続き産休を開始している方については、育児休業等終了時の改定の対象から除外される。

### 届出の記載要領

#### 【1】被保険者による申出

被保険者は、産休を終了した際の標準報酬月額の改定を申し出る際は、下記の事項を記載した「産前産後休業終了時報酬月額変更届」を事業主に提出する。

1. 被保険者の記号を記入する。
2. 被保険者の番号を記入する。
3. 被保険者の氏名及びフリガナを記入する。
4. 被保険者の生年月日を記入する。
5. 養育する子の氏名及びフリガナを記入する。
6. 養育する子の生年月日を記入する。
7. 産休を終了した年月日を記入する。
8. 産休を終了した日の翌日に引き続き育休を開始しているか否かをチェック。  
開始している場合は、申出できません。

#### 【2】事業主による届出

事業主は、被保険者から産休を終了した際の標準報酬月額の改定についての申出があった際、被保険者から提出された届に下記の事項を記載し、健康保険組合に提出する。

1. 当該被保険者に係る標準報酬月額の改定年月
2. 当該被保険者に係る従前の標準報酬月額
3. 当該被保険者が産休を終了した日の翌日が属する月以後3カ月間の各月の報酬の額及び当該各月における報酬支払の基礎となった日数

4. 事業主欄に事業所の名称及び所在地並びに事業主の氏名を記入する。
5. この標準報酬月額の改定は、被保険者本人の申請によるものであることから、**被保険者の署名・押印**が必要となるので記入する。  
また、（申出人）欄の提出年月日も必ず記入する。

※ この届出は必ずしも提出しなければならないものではありません。

〈健康保険・産前産後休業終了時報酬月額改定通知書〉

産前産後休業終了時月額変更届により当該被保険者が、報酬月額改定の対象者であることを確認した場合は、「産前産後休業終了時月額改定通知書」により事業主へ通知します。

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	主任	係

健康保険 産前産後休業終了時報酬月額変更届

◎ 申出をする方は、太枠部分を記入し、事業主あて提出してください。

被保険者の	記号	番号	被保険者の氏名		被保険者の生年月日		
	54	1000	(フリガナ) シンキン (氏) 信金	(名) ハナコ 花子	昭平	年 月 日	0 3 0 3
養育する子の氏名		養育する子の生年月日		産前産後休業を終了した年月日		従前の標準報酬月額	
(フリガナ) シンキン (氏) 信金		タロウ (名) 太郎		令和 年 月 日 令和 年 月 日		健 千円	
0 5 0 5		0 6 3 0		2 6 0			
報酬月額				支払基礎日数17日以上 の月の報酬月額の 総計	改定年月	備考	
算定対象月の報酬 支払基礎日数	通貨による ものの額	現物による ものの額	合計			週及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月	
7月 31日	240,000円	8,000円	248,000円	744,000円	〇〇年 10月	円	
8月 31日	240,000円	8,000円	248,000円	平均額	修正平均額	円	
9月 30日	240,000円	8,000円	248,000円	248,000円		年 月	
決定後の標準報酬月額		産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて育児休業等を 開始していませんか。 申出される被保険者の方が記入(☑)してください。 (注) 産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて育児休業等を 開始した場合は、当該申出はできません。				<input checked="" type="checkbox"/> 開始していません <input type="checkbox"/> 開始しました	
健	千円	2 4 0					

上記のとおり被保険者から申出がありましたので提出します。  
令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

事業所所在地 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇

(事業主) 事業所名称 駿河台信用金庫

事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇

電話番号 (03) 0000-0000

健康保険法施行規則第38条の3及び厚生年金保険法施行規則第10条の2の規定による申出をします。  
令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

東京都信用金庫健康保険組合理事長 殿

(申出人) 〒190-0022 住所 東京都〇〇区〇〇〇1-1-1

氏名 信金 花子 ㊞

電話番号 (03) 0000-0000

係	処理

月分保険料( 月告知書  
発送) で計算します。

確認日付印

受付日付印

健康保険・育児休業等取得者申出書(新規・延長)

育児休業は、女性が働きやすく、かつ、子供が健やかに生まれ育つ環境作りの推進という観点から、事業主の申出により育児休業期間中の保険料の額が免除されますので、事業主は「育児休業等取得者申出書」を健康保険組合に提出してください。

また、保険料免除の始期は、育児休業等を開始した日の属する月からとなります。なお、労働基準法に定める産後休業期間中(56日)は、育児休業に該当しません。

保険料免除の終期は、申出書に記載された育児休業を終了する日の翌日の属する月の前月となります。なお、本制度は3歳未満の子を育成するための育児休業に限って適用するもので、3歳に達した日以後の休業については、労使協定に定められている場合でも認められません。

◎ 必ず育児休業期間中に提出してください。

1. 新規(1歳に達するまで)

届出の記載要領

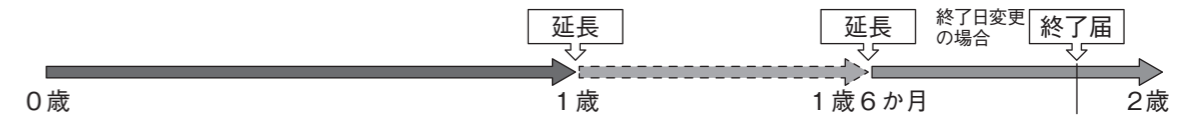
1. 被保険者の記号を記入する。
2. 被保険者の番号を記入する。
3. 被保険者の氏名及びフリガナを記入する。
4. 性別欄は、該当に○をする。
5. 被保険者の生年月日を記入する。
6. 養育する子の氏名及びフリガナを記入する。
7. 養育する子の生年月日を記入する。
8. 養育する子の区分(1実子・2その他)欄は、該当に○をする。
9. 実子以外の子を養育し始めた日(実子の場合は記入不要)
10. 養育するため休業する期間を記入する。

◎ 太線の枠内を記入し「※印の育児休業等開始年月日・育児休業等終了予定年月日」欄は記入しないで下さい。

2. 延長(1歳に達した以降 3歳に達するまで)

原則1歳までである育児休業を6カ月延長しても保育園に入れない等の場合に再度申出することによりさらに6カ月(2歳まで)育児休業の延長ができます。また、3歳に達するまでの間は事業主において育児休業等の措置が講じられている場合で休業期間を延長する場合は、新たに申出書を提出する必要があります。

○1歳6か月に達した時点で、保育園に入れない等の場合に再度申出することにより、育児休業期間を「最長2歳まで」延長できる。



届出の記載要領

各項目は新規の場合と同じですが、変更前の養育のため休業する期間を記入してください。  
<健康保険・育児休業等取得者確認通知書>

申出書により当該被保険者が、保険料免除の対象者であると確認したときは「育児休業等取得者確認通知書」により事業主へ通知します。

正

健康保険 育児休業等取得者申出書 (新規・延長)

常務理事	事務局長	業務部長	課長	係長	主任	係

被保険者の 記号 54	被保険者の 番号 1000	被保険者の氏名 (フリガナ) シン ハナ 信 金 花 子	性別 男 (女)
被保険者の生年月日 年 月 日 0 1 0 3		養育する子の氏名 (フリガナ) シンキン タ ロウ 信 金 太 郎	養育する子の生年月日 年 月 日 0 6 0 1
養育のため休業する期間 令和〇〇年 7 月 28 日 から 令和〇〇年 5 月 31 日 まで		養育する子の区分 実子 (実子) 令和〇〇年 〇 月 〇 日 その他 ※育児休業等終了予定年月日	
養育のため休業する期間 令和〇〇年 7 月 28 日 から 令和〇〇年 5 月 31 日 まで		実子以外の子を養育し始めた日 年 月 日	
◎ 変更前の養育のため休業する期間			
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
事業所所在地 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇 事業所名称 駿河台信用金庫 事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇 電 話 (03) 0000-0000			

「※」印欄は記入しないでください。  
◎は養育する子に係る育児休業等の終了予定日を延長する場合に記入すること。  
太線枠内を記入してください。

確認日付印 受付日付印

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

係	処 理

正

健康保険 育児休業等取得者申出書 (新規・延長)

常務理事	事務局長	業務部長	課長	係長	主任	係

被保険者の 記号 54	被保険者の 番号 1000	被保険者の氏名 (フリガナ) シン ハナ 信 金 花 子	性別 男 (女)
被保険者の生年月日 年 月 日 1 1 0 3		養育する子の氏名 (フリガナ) シンキン タ ロウ 信 金 太 郎	養育する子の生年月日 年 月 日 0 6 0 1
養育のため休業する期間 令和〇〇年 6 月 1 日 から 令和〇〇年 11 月 30 日 まで		養育する子の区分 実子 (実子) 令和〇〇年 〇 月 〇 日 その他 ※育児休業等終了予定年月日	
養育のため休業する期間 令和〇〇年 6 月 1 日 から 令和〇〇年 11 月 30 日 まで		実子以外の子を養育し始めた日 年 月 日	
◎ 変更前の養育のため休業する期間			
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
事業所所在地 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇 事業所名称 駿河台信用金庫 事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇 電 話 (03) 0000-0000			

「※」印欄は記入しないでください。  
◎は養育する子に係る育児休業等の終了予定日を延長する場合に記入すること。  
太線枠内を記入してください。

確認日付印 受付日付印

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

係	処 理

育児休業等取得者  
申出書(新規・延長)/終了届

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	.....	.....	.....	.....	受付印	
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 .....					
	事業所名称	.....					
	事業主氏名	.....					
	電話番号	( ) .....					

社会保険労務士記載欄
氏名等

新規申出の場合は共通記載欄に必要項目を記入してください。

延長・終了の場合は、共通記載欄に育児休業取得時に提出いただいた内容を記入のうえ、A.延長 B.終了の必要項目を記入してください。

《「⑩育児休業等開始年月日」と「⑪育児休業等終了(予定)年月日の翌日」が同月内の場合》

- ・共通記載欄の⑩育児休業等取得日数欄と⑪就業予定日数欄を必ず記入してください。
- ・同月内に複数回の育児休業を取得した場合は、⑩育児休業等開始年月日欄に、初回の育児休業等開始年月日を、⑪育児休業等終了(予定)年月日欄に最終回の育児休業等終了(予定)年月日を記入のうえ、C.育休等取得内訳を記入してください。

共通記載欄(新規申出)	① 被保険者記号番号	.....	② 個人番号 [基礎年金番号]	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
	③ 被保険者氏名	(フリガナ)..... (氏)	(名).....	④ 被保険者生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	.....	.....	.....	⑤ 被保険者性別	1.男 2.女
	⑥ 養育する子の氏名	(フリガナ)..... (氏)	(名).....	⑦ 養育する子の生年月日	9.令和	.....	.....	.....	.....	.....
	⑧ 区分	1.実子 2.その他 ※「2.その他」の場合は、⑨養育開始年月日(実子以外)も記入してください。		⑨ 養育開始年月日(実子以外)	9.令和	.....	.....	.....	.....	.....
	⑩ 育児休業等開始年月日	9.令和	.....	.....	.....	⑪ 育児休業等終了(予定)年月日	9.令和	.....	.....	.....
	⑫ 育児休業等取得日数	⑬ 就業予定日数		⑭ パパママ育休プラス該当区分		□ 該当		⑮ 備考		

終了予定日を延長する場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

A. 延長	⑯ 育児休業等終了(予定)年月日(変更後)	9.令和	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
-------	-----------------------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

※延長後の「⑯育児休業等終了(予定)年月日の翌日」が「⑩育児休業開始年月日」と同月内の場合は、⑰変更後の育児休業等取得日数欄も記入してください。

⑰ 変更後の育児休業等取得日数	.....	.....	.....
-----------------	-------	-------	-------

予定より早く育児休業を終了した場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

B. 終了	⑱ 育児休業等終了年月日	9.令和	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
-------	--------------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

※「⑱育児休業等終了年月日の翌日」が「⑩育児休業等開始年月日」と同月内の場合は、⑲変更後の育児休業等取得日数欄も記入してください。

⑲ 変更後の育児休業等取得日数	.....	.....	.....
-----------------	-------	-------	-------

「育児休業等開始年月日」と「育児休業等終了(予定)年月日の翌日」が同月内、かつ複数回育児休業等を取得する場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

C. 育休等取得内訳	⑲ 1	⑲ 育児休業等開始年月日	9.令和	.....	.....	.....	.....	.....	⑳ 20 育児休業等終了(予定)年月日	9.令和	.....	.....	.....	㉑ 21 育児休業等取得日数	.....	.....	.....	㉒ 22 就業予定日数	.....	.....	.....
	2	㉓ 23 育児休業等開始年月日	9.令和	.....	.....	.....	.....	.....	㉔ 24 育児休業等終了(予定)年月日	9.令和	.....	.....	.....	㉕ 25 育児休業等取得日数	.....	.....	.....	㉖ 26 就業予定日数	.....	.....	.....
	3	㉗ 27 育児休業等開始年月日	9.令和	.....	.....	.....	.....	.....	㉘ 28 育児休業等終了(予定)年月日	9.令和	.....	.....	.....	㉙ 29 育児休業等取得日数	.....	.....	.....	㉚ 30 就業予定日数	.....	.....	.....
	4	㉛ 31 育児休業等開始年月日	9.令和	.....	.....	.....	.....	.....	㉜ 32 育児休業等終了(予定)年月日	9.令和	.....	.....	.....	㉝ 33 育児休業等取得日数	.....	.....	.....	㉞ 34 就業予定日数	.....	.....	.....

健康保険・育児休業取得者終了届

1. 育児休業取得者終了届

事業主は、被保険者が育児休業終了予定日を変更した場合または育児休業終了予定日前に育児休業を終了した場合は、「育児休業取得者終了届」を健康保険組合に提出してください。

なお、先に届出た「育児休業等取得者申出書」の休業予定終了日に変更がない場合には、届出する必要はありません。

2. 育児休業等期間中に次の子を出産する場合の取扱いについて

育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第9条第2項第3号において、労働基準法第65条第1項若しくは第2項の規定による休業が始まると育児休業期間は終了するとされています。

これを子Aに係る育児休業期間中に次の子Bを出産する場合にあてはめると、次のとおりになります。

1. 育児休業等及びそれに伴う保険料免除と産前産後休業との関係について

(1) 子B出産日以前の取扱いについて

産前休業は女性の請求により取得されるものですが、

① 子Aに係る育児休業期間中の方から子Bに係る産前休業の請求がない場合

出産予定日前6週間以内であっても、産前休業は開始せず、育児休業期間及びそれに伴う保険料免除は終了しません。

② 子Aに係る育児休業期間中の方から子Bに係る産前休業の請求がなされた場合

子Bに係る産前休業が開始され、子Aに係る育児休業期間及びそれに伴う保険料免除は終了します。

(2) 子B出産後の取扱いについて

産後休業は女性からの請求の有無に関係なく取得するものであり、出産日の翌日より開始する。

これは育介法第9条第2項第3号に規定する育児休業期間の終了事由に該当することから、

① 子Bに係る産前休業を取得せず、子Aに係る育児休業等を継続中である場合

子Bの出産日をもって子Aの育児休業及びそれに伴う保険料免除は終了し、子Bの出産日の翌日より子Bに係る産後休業が開始する。

② 請求により子Bに係る産前休業を取得している場合

子Bに係る産前休業は、子Bの出産日の翌日より子Bに係る産後休業となる。

2. 育児休業等の終了の届出について

1. (1) ②および(2) ①の場合については、事業主は、健康保険法施行規則第135条第2項に基づき、育児休業等の終了予定日の前日までに育児休業等を終了した等の旨を健康保険組合に届け出る必要があります。この場合、当該届出に基づき育児休業期間を終了した日の翌日が属する月の前月まで保険料が免除されることとなります。

届出の記載要領

1. 被保険者の記号を記入する。
2. 被保険者の番号を記入する。
3. 被保険者の氏名及びフリガナを記入する。
4. 性別欄は、該当に○をする。
5. 被保険者の生年月日を記入する。
6. 養育する子の氏名及びフリガナを記入する。
7. 養育する子の生年月日を記入する。
8. 養育する子の区分（1実子・2その他）欄は、該当に○をする。
9. 実子以外の子を養育し始めた日（実子の場合は記入不要）
10. 育児休業期間が終了した日を記入する。

◎ 太線の枠内を記入し「※印の育児休業開始（申出）年月日・育児休業終了年月日・標準報酬月額」欄は、記入しないでください。

〈健康保険・育児休業取得者終了確認通知書〉

育児休業取得者終了届により当該被保険者が、保険料免除の対象者であったことを確認した場合は「育児休業取得者終了確認通知書」により事業主へ通知いたします。

正

健康保険 育児休業取得者終了届

被保険者の記号	被保険者の番号	係	主任	長	係	長	課	部	事務局長	常務理事	
54	1000										
被保険者の氏名 (フリガナ) シン キン ハナ コ		性別		被保険者の生年月日		養育する子の氏名 (フリガナ) シン キン タ ロウ		養育する子の生年月日		養育する子の区分	
信 金 花 子		男 ( ) 女 (○)		1 1 0 3		信 金 太 郎		令和 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日		実子 1 その他 2	
実子以外の子を養育し始めた日		育児休業期間が終了した日									
令和		令和 〇 〇 年 1 2 月 3 1 日									
※		育児休業開始(申出)年月日		育児休業終了年月日		標準報酬月額		備 考			
事業所所在地 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇		令和 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日提出									
事業所名称 駿河台信用金庫		確認日付印									
事業主氏名 理事長 〇 〇 〇 〇		受付日付印									
電 話 (03) 0000-0000											
整理区分	受付	決定	算定	処理							

◎太線枠内を記入し「※」印欄は記入しないでください。

## 健康保険・育児休業等終了時報酬月額変更届

育児休業等を終了した際の報酬が固定的賃金の変動に関わらず報酬が低下したり上昇することで、標準報酬月額が従来と1等級でも差が生じた場合、標準報酬月額を改定する制度です。

随時改定（月額変更届）では、育児休業等の終了後に育児等を理由に報酬が低下した場合においても、その低下が固定的賃金の変動で、しかも著しい低下（2等級以上の差）でない限り随時改定の規定に該当せず、保険料徴収の対象となる標準報酬月額は低下前のものとされ次の定時決定が行われるまで高い保険料負担を負うことになっていました。

この育児休業等終了時月額変更届によって、実際の報酬の低下に応じた保険料負担となり、育児をしている被保険者の経済的負担の軽減が図られることになりました。

具体的には、育児休業等を終了した被保険者が、3歳未満の子を養育している場合に被保険者が事業主に申し出をし、事業主が届出することによって育児休業等の終了日の翌日の属する月以後3カ月間の報酬月額の平均が標準報酬月額とされます。

※ 3カ月間のうち支払基礎日数が17日未満の月は除いて計算します。

※ 標準報酬月額が従前と変わらない場合は、届出の必要はありません。

### 届出の記載要領

1. 被保険者の記号・番号を記入する。
2. 被保険者の氏名及びフリガナを記入する。
3. 被保険者の生年月日を記入する。
4. 性別欄は、該当に○をする。
5. 養育する子の氏名及びフリガナを記入する。
6. 養育する子の生年月日を記入する。
7. 育児休業等を終了した年月日を記入する。
8. 従前の標準報酬月額を記入する。
9. 算定対象月の報酬支払基礎日数を記入する。
10. 各月の金銭（通貨）によるものの額を記入する。
11. 各月の現物によるものの額を記入する。
12. 各月の金銭（通貨）及び現物によるものの額の合計を記入する。
13. 支払基礎日数17日以上の報酬月額の総計を記入する。
14. 支払基礎日数17日以上の月の報酬月額総計の平均額を記入する。
15. 改定年月を記入する。
16. 遡及支払等があった場合は、修正した平均額を記入する。
17. 決定後の標準報酬月額を記入する。

18. 備考欄には、昇（降）給月・昇（降）給差・遡及支払額等を記入する。

19. 事業主欄に事業所の名称及び所在地並びに事業主の氏名を記入する。

20. この標準報酬月額の改定は、被保険者本人の申請によるものであることから、**被保険者の署名・押印**が必要となるので記入する。

また、（申出人）欄の提出年月日も必ず記入する。

※ この届出は必ずしも提出しなければならないものではありません。

〈健康保険・育児休業等終了時標準報酬月額改定通知書〉

育児休業等終了時月額変更届により当該被保険者が、報酬月額改定の対象者であることを確認した場合は、「育児休業等終了時標準報酬月額改定通知書」により事業主へ通知いたします。

正

常務理事	事務局長	部	長	課	長	係	長	主	任	係

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

申出をする方は、網掛け部分を記入し、事業主あて提出してください。

被保険者の	記号	番号	被保険者の氏名		被保険者の生年月日				性別						
	54	1000	(フリガナ)シンキン (氏) 信金	ハナ (名) 花子	昭 平	年	月	日	男 女						
養育する子の氏名			養育する子の生年月日		育児休業等を終了した年月日				従前の標準 報酬月額						
(フリガナ)シンキン (氏) 信金			タ (名) 太郎		令和	年	月	日	令和	年	月	日	健	千円	
報酬月額			支払基礎日数17 日以上月の報酬 月額額の総計		改定年月		備考 (遺及支払額 算(降)給差の月額)								
10月 31日	240,000円	8,000円	248,000円	744,000円	〇〇年	1月	円								
11月 30日	240,000円	8,000円	248,000円	平均額	修正平均額		円								
12月 31日	240,000円	8,000円	248,000円	248,000円	円		年 月								
決定後の標準報酬月額															
健	千円														
2	4	0													

上記のとおり被保険者から申出がありましたので提出します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

(事業主)  
 事業所所在地 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇  
 事業所名称 駿河台信用金庫  
 事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇  
 電話番号 (03) 0000-0000

健康保険法施行規則第38条の2及び厚生年金保険法施行規則第10条の規定による申出をします。

東京都信用金庫健康保険組合理事長 殿  
 令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

(申出人)  
 住所 〒110-0001 東京都〇〇区〇〇〇1-1-1  
 氏名 信金 花子  
 電話番号 (03) 0000-0000

確認日付印

受付日付印

介護保険・適用除外等（該当・非該当）届

介護保険料は、第2号被保険者（40歳以上65歳未満の被保険者）の給料（標準報酬月額に保険料率を乗じて得た額）及び賞与（標準賞与額に保険料率を乗じて得た額）にかかる介護保険料を事業主と被保険者から折半負担し徴収することになっておりますが、下記の事項に該当する方は、適用除外となり介護保険料の徴収を免除されますので、事業主が被保険者に代わり「介護保険適用除外等（該当・非該当）届」を健康保険組合に届出してください。

〈適用除外となるもの〉

1. 住所を日本国内に有さない者（海外赴任者等）
2. 適用除外施設に入所している者
  - ・身体障害者支援施設
  - ・重症心身障害児施設
  - ・生活保護救護施設等
3. 在留資格3カ月以下の外国人
  - ※ 適用除外でなくなった場合は「介護保険適用除外非該当届」の届出が必要となります。

届出の記載要領

1. 健康保険被保険者の記号を記入する。
2. 健康保険被保険者の番号を記入する。
3. 被保険者の氏名及びフリガナを記入する。
4. 被保険者の性別欄は、該当に○をする。
5. 被保険者の生年月日を記入する。
6. 対象者が被扶養者の場合は、被扶養者の氏名及びフリガナを記入する。
7. 被扶養者の性別欄は、該当に○をする。
8. 被扶養者の続柄を記入する。
9. 被扶養者の生年月日を記入する。
10. 被保険者の住所を記入する。
11. 対象者が被扶養者の場合は、被扶養者の住所を記入する。
12. 適用除外等の事由（1 国外居住者 2 身体障害者療養施設等の入所者 3 在留資格3カ月以下の外国人）欄は、該当に○をする。
13. 該当・非該当の別欄は、該当に○をする。
14. 該当または非該当の年月日を記入する。
15. 療養施設に入所している場合は、入所施設の名称・所在地・電話番号を記入する。

《介護保険・適用除外等（該当・非該当）届に添付する書類》

- 国外居住者の届出の場合は、「住民票の除票」
- 身体障害者支援施設等入所者の届出の場合は、「入所・入院証明書」
- 在留資格3カ月以下の外国人の届出の場合は、旅券その他在留資格を証する書類及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」等
- 帰国し国内に居住することになった場合は、「適用除外（非該当）届」に住民票を添付する。
- 該当する方それぞれ提出してください。（夫婦とも該当の場合は2枚）

正

健康保険被保険者の記号		健康保険被保険者の番号	
54	3000		
被保険者の氏名	フリガナ	性別	生年月日
シンケンタロウ	信金太郎	男	昭和03年03月21日
被扶養者の氏名	フリガナ	性別	生年月日
被保険者の住所	〒5A Hawthorne-street South,Green,wich,C,T,0123,USA	被扶養者の住所	〒 -
◎適用除外等の事由	該当・非該当の別	該当・非該当の年月日	※被扶養者番号
国外居住者①	該当①	令和05年05月01日	
身体障害者療養施設入所者②	非該当②		
在留資格3か月以下の外国人③			
事業所所在地	〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台0-0-0	事業所名称	駿河台信用金庫
事業所名称		事業主氏名	理事長 ○○ ○○
事業主氏名		電話	(03) 0000-0000
◎適用除外等の事由	※作成原因	入居施設の名称	〒 -
国外居住者①		入居施設の所在地	〒 - (局) 番
身体障害者療養施設入所者②		電話	
在留資格3か月以下の外国人③			
事業所所在地	〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台0-0-0	事業所名称	駿河台信用金庫
事業所名称		事業主氏名	理事長 ○○ ○○
事業主氏名		電話	(03) 0000-0000
受付	処理	確認日付印	受付日付印

東京都信用金庫健康保険組合

令和〇〇年〇〇月〇〇日 提出

○(※)欄は記入しないで下さい。

【この届に添付して提出するもの】

- (◎)欄1.2.3の各々に該当の場合、個々に下記の添付書類が必要となります。
- 1. 「住民票の除票」 2. 「入所・入院証明」 3. 「旅券その他在留資格を証する書類」及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など。

## 健康保険・任意継続被保険者資格取得申請書

任意継続被保険者制度とは、退職等によって被保険者の資格を喪失した方が、一定の条件を満たしていれば引き続き個人として健康保険に加入できる制度です。

### 〈任意継続被保険者となるための要件〉

1. 健康保険の資格を喪失していること。
2. 資格喪失の日の前日まで継続して2カ月以上被保険者であること。
3. 資格喪失の日より20日以内に任意継続被保険者となることの申請をすること。

### 〈任意継続被保険者の加入期間〉

被保険者として加入できる期間は、最長2年間

### 〈保険料の基礎となる標準報酬月額の設定〉

1. 標準報酬月額は、申請者の退職時の標準報酬月額と前年9月30日現在を基準とした全被保険者の平均標準報酬月額のどちらか低い方の月額により決定する。
2. 任意継続被保険者の保険料は全額を自己負担で、一般保険料、介護保険料（40歳以上65歳未満）と子ども・子育て支援金の合算額を納付する。

### 〈保険料の前納について〉

1. 任意継続被保険者の保険料は最大1年分前納することができる。
  - (1) 前納することのできる期間
    - ① 4月から翌年3月まで（12カ月分）
    - ② 4月から9月まで（6カ月分）
    - ③ 10月から翌年3月まで（6カ月分）
  - (2) 上記期間の途中で資格取得した場合は、取得月の1カ月分は基本の保険料を、資格取得した月の翌月以降の期間については前納することができる。

また、2年経過等により資格喪失になる場合は、資格喪失する月の前月までの期間について前納することができる。

### 〈任意継続被保険者の申請手続き〉

申請手続きは、郵送で1ヶ月前より受付いたします。（事前に電話連絡もして下さい。）

### 〈申請に必要な書類等〉

- 任意継続被保険者資格取得申請書（50頁参照）
- 健康保険被扶養者（異動）届（被扶養者がいる場合に必要）（51頁参照）
- ※ 任意継続被保険者として新規に資格を取得するため、被扶養者異動届に添付する書類も必要となります（被扶養者現況書・課税非課税証明書・年金受給者は支払通知書の写・パート・アルバイトをしている方は直近3カ月分の給与明細書の写し・16歳以上の学生は学生証の写等、被扶養者届出書に添付する書類一覧（24頁）を参照して該当書類を添付してください）
- 住民票の写し（世帯全員）
- 保険料 = 1カ月分（加入月分） + （前納希望の場合は、希望する月分の保険料）

### 〈任意継続被保険者の障害認定の申出〉

65歳以上75歳未満の任意継続の被保険者及び被扶養者で、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による「障害認定」を受けたとき又は受けているときは、健康保険組合へ届出してください。

## 届出の記載要領

1. 資格喪失前の健康保険被保険者の記号及び番号を記入する。
2. 被保険者の生年月日を記入する。
3. 性別欄は、該当に○をする。
4. 資格喪失時の満年齢を記入する。
5. 被扶養者の有無欄は、該当に○をする。
6. 資格喪失年月日を記入する。
7. 資格喪失の際の標準報酬月額を記入する。
8. 資格喪失の際、使用されていた事業所の名称及び所在地を記入する。
9. 保険料の前納希望の有無該当に○をする。
10. 申請者の住所・氏名・電話番号を記入する。
11. 保険給付金の受取口座を記入する。

保険給付金等が発生した場合、健康保険組合から振込する口座となります。
12. マイナ保険証をお持ちでない方は、資格確認書発行要否欄にチェック  を入れる。

注）・太線の枠内は、もれのないように記入してください。  
・扶養家族がいて「被扶養者（異動）届」を記入する際、保険料納入告知書の番号、被保険者の記号と番号、被保険者の勤務する事業所の名称及び所在地、報酬月額については記入しないでください。

### 〈事務担当者へのお願い事項〉

1. 任意継続被保険者の加入希望者より、下記の事項を確認のうえ健康保険組合・適用課へ事前に連絡をお願いします。

（①被保険者の記号・番号 ②被保険者氏名 ③資格喪失年月日 ④被扶養者の異動の有無 ⑤住所変更の有無 ⑥保険料の納付方法）
2. 被保険者資格喪失届、資格確認書は、事業主が健康保険組合へ提出することになっておりますので、加入希望者本人に持参させることのないようにお願いします。

## 任意継続被保険者の資格喪失事由

令和4年1月に健康保険法の一部改正があり、保険料を前納していても本人の申出により途中脱退が認められるようになりました。

1. 資格取得した日より2年を経過したときはその翌日
2. 脱退の申出書を提出したときは健保が受理した日の属する月の翌月1日
3. 適用事業所に使用され被保険者となったときはその日
4. 船員保険の被保険者となったときはその日
5. 死亡したときはその翌日
6. 保険料を正当な事由なく納付期限までに納入しないときは納付期限の翌日
7. 後期高齢者医療制度の被保険者となったときはその日



## 保険料及び標準報酬に関すること

保険料には、健康保険料、介護保険料（40歳以上65歳未満）と子ども・子育て支援金があり「被保険者資格取得届」「被保険者報酬月額算定基礎届」「被保険者報酬月額変更届」「産前産後休業終了時報酬月額変更届」「育児休業等終了時報酬月額変更届」によって決定された標準報酬月額に保険料率を乗じて各月ごとに保険料を計算することになります。

また、賞与からも「賞与支払届」により保険料（標準賞与額に保険料率を乗じて）を徴収することになります。

### 〈標準報酬月額〉

標準報酬月額とは、健康保険・厚生年金保険で、保険料の計算、保険給付の額を決定する基礎となるもので、事業主から受ける報酬をいくつかの等級に区分した仮の報酬を定めたものです。〈標準報酬月額及び保険料月額表〉（60頁参照）

### 〈標準賞与額〉

標準賞与額とは、被保険者が労務の対償として受けるすべてのもののうち、3カ月を超える期間ごとに受けるボーナス（賞与）の1,000円未満の端数を切り捨てた額です。

標準賞与額の上限額は、年間累計573万円です。

### 〈保険料率〉

区 分	被保険者負担	事業主負担	料 率	
一般保険料	基本保険料	25.20/1000	30.39/1000	55.59/1000
	特定保険料	16.37/1000	19.74/1000	36.11/1000
	小 計	41.57/1000	50.13/1000	91.70/1000
調 整 保 険 料	0.58/1000	0.72/1000	1.30/1000	
合 計	42.15/1000	50.85/1000	93.00/1000	

1. 一般保険料の料率は1000分の93です。（令和8年3月適用）

【事業主負担分は1000分の50.85、被保険者負担分は1000分の42.15】

※1 それぞれの保険料率は、上記の表のとおりです。

※2 保険料月額表の基本保険料には、調整保険料が含まれています（60頁参照）。

※3 後期高齢者医療制度の創設に伴い、事業主と被保険者が納める一般保険料は、医療給付や保健事業などに充てられる「基本保険料」と、後期高齢者支援金・前期高齢者納付金・退職者給付拠出金等に、充てるための「特定保険料」に区分されました。

2. 介護保険料の料率は1000分の18.0です。（令和8年3月適用）

【事業主負担分1000分の9.0、被保険者負担分1000分の9.0】

※ 介護保険料は40歳以上65歳未満の被保険者から徴収します。

3. 子ども・子育て支援金の料率は1000分の2.3です。（令和8年4月適用）

【事業主負担分1000分の1.15、被保険者負担分1000分の1.15】

4. 任意継続被保険者は、全額自己負担になり、上記の料率が令和8年4月から適用されません。

### 〈標準報酬月額の決定される時期〉

1. 資格取得時決定「健康保険・被保険者資格取得届」（4頁参照）

2. 定時決定「健康保険・被保険者報酬月額算定基礎届」（56頁参照）

3. 随時決定「健康保険・被保険者報酬月額変更届」（59頁参照）

4. 「健康保険・産前産後休業終了時報酬月額変更届」（34頁参照）

5. 「健康保険・育児休業等終了時報酬月額変更届」（44頁参照）

## 健康保険・被保険者報酬月額算定基礎届

被保険者が事業所から受けている報酬は、昇給などによって変動しますので、すでに決定されている標準報酬とかけはなれ実態にそぐわなくなるため毎年1回、原則として7月1日現在の被保険者全員について、4月・5月・6月に受けた報酬の届出を行い、その年の9月以降の標準報酬を決定することになっています。

### 届出の記載要領

1. 被保険者の記号を記入する。
2. 被保険者の番号を記入する。
3. 被保険者の氏名を記入する。
4. 被保険者の生年月日を記入する。
5. 種別（厚生年金基金非加入被保険者＝1男子・2女子・3坑内員、厚生年金基金加入被保険者＝5男子・6女子・7坑内員）該当に○をする。
6. 従前の標準報酬月額を記入する。
7. 算定基礎月（4月・5月・6月）の報酬支払基礎日数を記入する。
  - 報酬を計算する基礎となった日数をいいます。
  - 月給制の場合は、給与計算の基礎が暦日で、日曜日や有給休暇も含まれるため出勤した日数に関係なくその支払対象期間の暦の日数が、支払基礎日数となります。ただし、欠勤日数分だけ給与が差し引かれる場合は、その残りの日数が支払基礎日数となります。
8. 各月の金銭（通貨）によるものの額を記入する。
9. 各月の現物によるものの額を記入する。
10. 各月の金銭及び現物によるものの額の合計を記入する。
11. 支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計を記入する。
12. 適用年月を〇〇年09月と記入する。
13. 支払基礎日数17日以上月の報酬月額の総計の平均額を記入する。
14. 遡及支払等があった場合は、修正した平均額を記入する。
15. 決定後の標準報酬月額を記入する。
16. 備考欄には、昇（降）給月・昇（降）給差・遡及支払額等を記入する。

※ パートは、17日以上月の報酬の平均で決定します。短時間労働者は、11日以上月の報酬の平均で決定します。

### 《被保険者報酬月額算定基礎届に添付する書類》

1. 被保険者報酬月額算定基礎届（総括表）
2. 届書（電子申請・CD・DVD・USB・用紙）
3. 賃金台帳（4月・5月・6月分）の写し、および報酬として算入する交通費支給額がわかる明細の写し（2名分）

※ 被保険者報酬月額算定基礎届は毎年原則として、7月1日から7月10日までに提出してください。

なお、報酬月額算定基礎届に関する詳しい内容は、「算定基礎届・月額変更届の手引き」を参照してください。

電子申請の場合、添付書類1、3はPDFで添付して送信してください。

健康保険 厚生年金保険 被保険者報酬月額算定基礎届

届書コード 2 2 5	処理区分 ※	届書	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	主任	係
事業所整理番号 5 4									
健康保険被保険者の番号	被保険者の氏名		生年月日		種別	従前の標準報酬月額		従前の改定月・原因	
報酬月額			支払基礎日数17日以上 の月の報酬月額の総計		適用年月	備考 ・遡及支払額 ・昇(降)給差の月額 ・昇(降)給月			
算定基礎月の報酬支払基礎日数	金銭(通貨)によるもの額	現物によるもの額	合計	従前の平均額	修正平均額	改定後の標準報酬月額			
健康保険(厚年整理番号) 1000	氏名 信金太郎		昭5平7	生年月日 03 11 19	1・2・3 5・6・7	健康の従前 4 1 0	厚年の従前	※ 年 月	
支払基礎日数	4月 30日	385,000	27,000	412,000	1,236,000	適用年月 0 0 9	備考 ・遡及支払額 円 ・昇(降)給差 円 ・昇(降)給月 年 月		
	5月 31日	385,000	27,000	412,000	412,000				
	6月 30日	385,000	27,000	412,000	4 1 0	※ 送信			
健康保険(厚年整理番号)	氏名		昭5平7	生年月日	1・2・3 5・6・7	健康の従前	厚年の従前	※ 年 月	
支払基礎日数	4月 日					適用年月 0 0 9	備考 ・遡及支払額 円 ・昇(降)給差 円 ・昇(降)給月 年 月		
	5月 日								
	6月 日					※ 送信			
健康保険(厚年整理番号)	氏名		昭5平7	生年月日	1・2・3 5・6・7	健康の従前	厚年の従前	※ 年 月	
支払基礎日数	4月 日					適用年月 0 0 9	備考 ・遡及支払額 円 ・昇(降)給差 円 ・昇(降)給月 年 月		
	5月 日								
	6月 日					※ 送信			
健康保険(厚年整理番号)	氏名		昭5平7	生年月日	1・2・3 5・6・7	健康の従前	厚年の従前	※ 年 月	
支払基礎日数	4月 日					適用年月 0 0 9	備考 ・遡及支払額 円 ・昇(降)給差 円 ・昇(降)給月 年 月		
	5月 日								
	6月 日					※ 送信			
健康保険(厚年整理番号)	氏名		昭5平7	生年月日	1・2・3 5・6・7	健康の従前	厚年の従前	※ 年 月	
支払基礎日数	4月 日					適用年月 0 0 9	備考 ・遡及支払額 円 ・昇(降)給差 円 ・昇(降)給月 年 月		
	5月 日								
	6月 日					※ 送信			

健康保険・被保険者報酬月額変更届

被保険者の標準報酬は、毎年「報酬月額算定基礎届」で決定されたものについて、原則として1年間適用されることになっていますが、昇(降)給などにより報酬の額が著しく変動した場合は、実際に支払われる報酬とすでに決定されている標準報酬が、実態にそぐわなくなります。そこで昇(降)給のあった月以降継続した3カ月間の報酬をもとにして、「報酬月額変更届」の届出により4カ月目から報酬月額を改定することになっています。

また、平成25年4月からは、60歳以上の方で、退職後継続して再雇用された場合については、使用関係が一旦中断したものとみなし、資格の取得・喪失の届により取り扱うこととして差し支えないことになっています。

※ 報酬月額変更届の提出が必要となる場合 (①～③すべてに該当)

- ① 固定的賃金の変動または賃金体系の変更があったとき
- ② 変動月(昇・降給)以降継続した3カ月間のいずれの月も支払基礎日数が17日以上あること
- ③ 3カ月間に受けた報酬の平均額が、すでに決定されている従前の標準報酬と比べて2等級以上の差が生じること。ただし、固定的賃金は増額しても、非固定的賃金が減少したため3カ月間の平均額が下がる場合、また逆の場合で2等級以上の差が生じても報酬月額変更届には該当しません。

届出の記載要領

1. 被保険者の記号を記入する。
2. 被保険者の番号を記入する。
3. 被保険者の氏名を記入する。
4. 被保険者の生年月日を記入する。
5. 種別(厚生年金基金非加入被保険者=1男子・2女子・3坑内員、厚生年金基金加入被保険者=5男子・6女子・7坑内員)該当に○をする。
6. 従前の標準報酬月額を記入する。
7. 変動月(昇・降給)以降継続した3カ月間の報酬支払基礎日数を記入する。  
報酬支払基礎日数は3カ月とも17日以上あること。
8. 各月の金銭(通貨)によるもの額を記入する。
9. 各月の現物によるもの額を記入する。
10. 各月の金銭及び現物によるもの額の合計を記入する。
11. 報酬月額の総計を記入する。
12. 改定年月を〇〇年〇〇月と記入する。

東京都信用金庫健康保険組合

社会保険労務士記載欄		令和〇〇年 7 月 10 日 提出	
事業所所在地 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇		月分保険料(月告知書 発送)で計算します。	
事業所名称 駿河台信用金庫		受付日付印	
事業主氏名 理事長 ○○ ○○		社保委員等の検印	
電話 (03) 0000-0000		係 処理	

健康保険 厚生年金保険 被保険者報酬月額変更届

13. 報酬月額の総計の平均額を記入する。
14. 遡及支払等があった場合は、修正した平均額を記入する。
15. 改定後の標準報酬月額を記入する。
16. 備考欄には、昇（降）給月・昇（降）給差・遡及支払額等を記入する。

※ 報酬月額変更届に関する詳しい内容は、「算定基礎届・月額変更届の手引き」を参照してください。

※ パートは、変動月以降の継続した3カ月の支払基礎日数はすべて17日以上あることが必要です。（短時間労働者の場合は11日以上）

参考

「健康保険法及び厚生年金保険法における標準報酬月額の定時決定及び随時改定の取り扱いについて」の一部改正について  
 随時改定における「年間平均額による保険者算定」が新たに設定され、平成30年10月改定以降の随時改定において適用され、対象となる場合は下記の通りです。

- A：3カ月間の報酬の平均から算出した標準報酬月額  
 （通常の随時改定の計算方法により算出した標準報酬月額）  
 B：「昇給月又は降給月以後の継続した3カ月の間に受けた固定的賃金の月平均額」  
 +  
 「昇給月又は降給月前の継続した9カ月と昇給月または降給月以後の継続した3カ月の12カ月の間に受けた非固定的賃金の月平均額」  
 の額から算出した標準報酬月額（年間平均額から算出した標準報酬月額）  
 条件①：AとBとの間に2等級以上の差があること  
 条件②：条件①の差が業務の性質上例年発生することが見込まれること  
 条件③：現在の標準報酬月額とBとの間に1等級以上の差があること  
 原則として、上記の全ての条件を充たす場合にBの標準報酬月額とする。

なお、新たな保険者算定は、平成23年に設定された「定時決定における年間平均額による保険者算定」と同様に、事業主が申立書に被保険者の同意書を添付して保険者に提出することにより行うこととされています。

届書コード	処理区分	届書					常務理事	事務局長	部長	課長	係長	主任	係
2	2	1											
事業所整理番号		54											
健康保険被保険者の番号	被保険者の氏名			生年月日			種別	従前の標準報酬月額			従前の改定月・原因		
1000	信金太郎			昭5平7 01026			1・2・3 5・6・7	従前の標準報酬月額			従前の改定月・原因		
報酬月額		3ヶ月の総計		改定年月		備考							
算定基礎月の報酬支払基礎日数		金銭（通貨）によるもの額		現物によるもの額		合計		平均額		修正平均額		遡及支払額	
前3月 8月31日		271,000		25,000		296,000		888,000		0011		昇（降）給差 15,000円	
前2月 9月30日		271,000		25,000		296,000		296,000				昇（降）給月 〇〇年 8月	
前1月 10月31日		271,000		25,000		296,000		300				送付	

東京都信用金庫健康保険組合

社会保険労務士記載欄		令和〇〇年〇〇月〇〇日提出	
事業所 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇		月分保険料（月告知書 送付）で計算します。	
事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇		受付日付印	
電 話 (03) 0000-0000		社保委員等の検印	
名 称 駿河台信用金庫		係 処 理	

健康保険、介護保険、子ども・子育て支援金の標準報酬月額および保険料月額表

【別紙①】

健康保険料率 93/1000	被保険者負担率 42.15/1000	事業主負担率 50.85/1000	介護保険料率 18.0/1000	子ども・子育て支援金料率 2.3/1000
基本保険料率 56.89/1000	基本保険料率 25.78/1000	基本保険料率 31.11/1000	被保険者負担率 9.0/1000	被保険者負担率 1.15/1000
特定保険料率 36.11/1000	特定保険料率 16.37/1000	特定保険料率 19.74/1000	事業主負担率 9.0/1000	事業主負担率 1.15/1000

健康保険料率(基本保険料率・特定保険料率) 令和8年3月1日適用、介護保険料率 令和8年3月1日適用、子ども・子育て支援金 令和8年4月1日適用

等級	標準報酬月額(円)	報酬月額			基本保険料(円)			特定保険料(円)			健康保険料計(円)			介護保険料(円)			子・子支援金(円)			保険料合計(円)		
		被保険者	事業主	合計	被保険者	事業主	合計	被保険者	事業主	合計	被保険者	事業主	合計	被保険者	事業主	合計	被保険者	事業主	合計	被保険者	事業主	合計
1	58,000	63,000円未満	1,496	1,804	3,300	949	1,145	2,094	2,445	2,949	5,394	522	522	1,044	66	67	133	3,033	3,538	6,571		
2	68,000	63,000円以上 73,000円未満	1,753	2,116	3,869	1,113	1,342	2,455	2,866	3,458	6,324	612	612	1,224	78	78	156	3,556	4,148	7,704		
3	78,000	73,000～ 83,000	2,011	2,427	4,438	1,277	1,539	2,816	3,288	3,966	7,254	702	702	1,404	89	90	179	4,079	4,758	8,837		
4	88,000	83,000～ 93,000	2,268	2,739	5,007	1,441	1,736	3,177	3,709	4,475	8,184	792	792	1,584	101	101	202	4,602	5,368	9,970		
5	98,000	93,000～ 101,000	2,527	3,049	5,576	1,604	1,934	3,538	4,131	4,983	9,114	882	882	1,764	112	113	225	5,125	5,978	11,103		
6	104,000	101,000～ 107,000	2,682	3,235	5,917	1,702	2,053	3,755	4,384	5,288	9,672	936	936	1,872	119	120	239	5,439	6,344	11,783		
7	110,000	107,000～ 114,000	2,835	3,423	6,258	1,801	2,171	3,972	4,636	5,594	10,230	990	990	1,980	126	127	253	5,752	6,711	12,463		
8	118,000	114,000～ 122,000	3,042	3,672	6,714	1,932	2,328	4,260	4,974	6,000	10,974	1,062	1,062	2,124	135	136	271	6,171	7,198	13,369		
9	126,000	122,000～ 130,000	3,248	3,921	7,169	2,063	2,486	4,549	5,311	6,407	11,718	1,134	1,134	2,268	144	145	289	6,589	7,686	14,275		
10	134,000	130,000～ 138,000	3,454	4,170	7,624	2,194	2,644	4,838	5,648	6,814	12,462	1,206	1,206	2,412	154	154	308	7,008	8,174	15,182		
11	142,000	138,000～ 146,000	3,660	4,419	8,079	2,325	2,802	5,127	5,985	7,221	13,206	1,278	1,278	2,556	163	163	326	7,426	8,662	16,088		
12	150,000	146,000～ 155,000	3,867	4,667	8,534	2,455	2,961	5,416	6,322	7,628	13,950	1,350	1,350	2,700	172	173	345	7,844	9,151	16,995		
13	160,000	155,000～ 165,000	4,125	4,978	9,103	2,619	3,158	5,777	6,744	8,136	14,880	1,440	1,440	2,880	184	184	368	8,368	9,760	18,128		
14	170,000	165,000～ 175,000	4,382	5,290	9,672	2,783	3,355	6,138	7,165	8,645	15,810	1,530	1,530	3,060	195	196	391	8,890	10,371	19,261		
15	180,000	175,000～ 185,000	4,640	5,601	10,241	2,947	3,552	6,499	7,587	9,153	16,740	1,620	1,620	3,240	207	207	414	9,414	10,980	20,394		
16	190,000	185,000～ 195,000	4,898	5,912	10,810	3,110	3,750	6,860	8,008	9,662	17,670	1,710	1,710	3,420	218	219	437	9,936	11,591	21,527		
17	200,000	195,000～ 210,000	5,156	6,222	11,378	3,274	3,948	7,222	8,430	10,170	18,600	1,800	1,800	3,600	230	230	460	10,460	12,200	22,660		
18	220,000	210,000～ 230,000	5,672	6,844	12,516	3,601	4,343	7,944	9,273	11,187	20,460	1,980	1,980	3,960	253	253	506	11,506	13,420	24,926		
19	240,000	230,000～ 250,000	6,187	7,467	13,654	3,929	4,737	8,666	10,116	12,204	22,320	2,160	2,160	4,320	276	276	552	12,552	14,640	27,192		
20	260,000	250,000～ 270,000	6,703	8,089	14,792	4,256	5,132	9,388	10,959	13,221	24,180	2,340	2,340	4,680	299	299	598	13,598	15,860	29,458		
21	280,000	270,000～ 290,000	7,218	8,712	15,930	4,584	5,526	10,110	11,802	14,238	26,040	2,520	2,520	5,040	322	322	644	14,644	17,080	31,724		
22	300,000	290,000～ 310,000	7,734	9,333	17,067	4,911	5,922	10,833	12,645	15,255	27,900	2,700	2,700	5,400	345	345	690	15,690	18,300	33,990		
23	320,000	310,000～ 330,000	8,250	9,955	18,205	5,238	6,317	11,555	13,488	16,272	29,760	2,880	2,880	5,760	368	368	736	16,736	19,520	36,256		
24	340,000	330,000～ 350,000	8,765	10,578	19,343	5,566	6,711	12,277	14,331	17,289	31,620	3,060	3,060	6,120	391	391	782	17,782	20,740	38,522		
25	360,000	350,000～ 370,000	9,281	11,200	20,481	5,893	7,106	12,999	15,174	18,306	33,480	3,240	3,240	6,480	414	414	828	18,828	21,960	40,788		
26	380,000	370,000～ 395,000	9,796	11,823	21,619	6,221	7,500	13,721	16,017	19,323	35,340	3,420	3,420	6,840	437	437	874	19,874	23,180	43,054		
27	410,000	395,000～ 425,000	10,569	12,756	23,325	6,712	8,093	14,805	17,281	20,849	38,130	3,690	3,690	7,380	471	472	943	21,442	25,011	46,453		
28	440,000	425,000～ 455,000	11,343	13,689	25,032	7,203	8,685	15,888	18,546	22,374	40,920	3,960	3,960	7,920	506	506	1,012	23,012	26,840	49,852		
29	470,000	455,000～ 485,000	12,116	14,623	26,739	7,694	9,277	16,971	19,810	23,900	43,710	4,230	4,230	8,460	540	541	1,081	24,580	28,671	53,251		
30	500,000	485,000～ 515,000	12,890	15,555	28,445	8,185	9,870	18,055	21,075	25,425	46,500	4,500	4,500	9,000	575	575	1,150	26,150	30,500	56,650		
31	530,000	515,000～ 545,000	13,663	16,489	30,152	8,676	10,462	19,138	22,339	26,951	49,290	4,770	4,770	9,540	609	610	1,219	27,718	32,331	60,049		
32	560,000	545,000～ 575,000	14,437	17,422	31,859	9,167	11,054	20,221	23,604	28,476	52,080	5,040	5,040	10,080	644	644	1,288	29,288	34,160	63,448		
33	590,000	575,000～ 605,000	15,210	18,356	33,566	9,658	11,646	21,304	24,868	30,002	54,870	5,310	5,310	10,620	678	679	1,357	30,856	35,991	66,847		
34	620,000	605,000～ 635,000	15,984	19,288	35,272	10,149	12,239	22,388	26,133	31,527	57,660	5,580	5,580	11,160	713	713	1,426	32,426	37,820	70,246		
35	650,000	635,000～ 665,000	16,757	20,222	36,979	10,640	12,831	23,471	27,397	33,053	60,450	5,850	5,850	11,700	747	748	1,495	33,994	39,651	73,645		
36	680,000	665,000～ 695,000	17,530	21,156	38,686	11,132	13,422	24,554	28,662	34,578	63,240	6,120	6,120	12,240	782	782	1,564	35,564	41,480	77,044		
37	710,000	695,000～ 730,000	18,303	22,089	40,392	11,623	14,015	25,638	29,926	36,104	66,030	6,390	6,390	12,780	816	817	1,633	37,132	43,311	80,443		
38	750,000	730,000～ 770,000	19,335	23,333	42,668	12,277	14,805	27,082	31,612	38,138	69,750	6,750	6,750	13,500	862	863	1,725	39,224	45,751	84,975		
39	790,000	770,000～ 810,000	20,366	24,578	44,944	12,932	15,594	28,526	33,298	40,172	73,470	7,110	7,110	14,220	908	909	1,817	41,316	48,191	89,507		
40	830,000	810,000～ 855,000	21,397	25,822	47,219	13,587	16,384	29,971	34,984	42,206	77,190	7,470	7,470	14,940	954	955	1,909	43,408	50,631	94,039		
41	880,000	855,000～ 905,000	22,686	27,378	50,064	14,406	17,370	31,776	37,092	44,748	81,840	7,920	7,920	15,840	1,012	1,012	2,024	46,024	53,680	99,704		
42	930,000	905,000～ 955,000	23,975	28,933	52,908	15,224	18,358	33,582	39,199	47,291	86,490	8,370	8,370	16,740	1,069	1,070	2,139	48,638	56,731	105,369		
43	980,000	955,000～ 1,005,000	25,264	30,489	55,753	16,043	19,344	35,387	41,307	49,833	91,140	8,820	8,820	17,640	1,127	1,127	2,254	51,254	59,780	111,034		
44	1,030,000	1,005,000～ 1,055,000	26,553	32,044	58,597	16,861	20,332	37,193	43,414	52,376	95,790	9,270	9,270	18,540	1,184	1,185	2,369	53,868	62,831	116,699		
45	1,090,000	1,055,000～ 1,115,000	28,100	33,911	62,011	17,843	21,516	39,359	45,943	55,427	101,370	9,810	9,810	19,620	1,253	1,254	2,507	57,006	66,491	123,497		
46	1,150,000	1,115,000～ 1,175,000	29,647	35,777	65,424	18,825	22,701	41,526	48,472	58,478	106,950	10,350	10,350	20,700	1,322	1,323	2,645	60,144	70,151	130,295		
47	1,210,000	1,175,000～ 1,235,000	31,193	37,644	68,837	19,808	23,885	43,693	51,001	61,529	112,530	10,890	10,890	21,780	1,391	1,392	2,783	63,282	73,811	137,093		
48	1,270,000	1,235,000～ 1,295,000	32,740	39,511	72,251	20,790	25,069	45,859	53,530	64,580	118,110	11,430	11,430	22,860	1,460	1,461	2,921	66,420	77,471	143,891		
49	1,330,000	1,295,000～ 1,355,000	34,287	41,377	75,664	21,772	26,254	48,026	56,059	67,631	123,690	11,970	11,970	23,940	1,529	1,530	3,059	69,558	81,131	150,689		
50	1,390,000	1,355,000円以上	35,834	43,244	79,078	22,754	27,438	50,192	58,588	70,682	129,270	12,510	12,510	25,020	1,598							

## ～賞与支払届の作成について～

### 1. 電子申請でお届けの場合（義務化対象外の事業所も電子申請が可能です。）

- 該当の特定法人様におかれましては、電子申請の要領に従いお届けください。
- 「被保険者賞与支払報告書」「賞与不該当者一覧」は省略していただいて差し支えございません。
- お届けのデータをそのまま処理いたしますので、賞与支給額、不支給の被保険者等、届出漏れの無いようご確認いただくとともに、当組合からの「健康保険標準賞与額決定通知書」と「賞与保険料明細表」を必ずご確認ください。

※産前産後休業及び育児休業取得者であっても賞与を支給した場合は、支給した人数及び賞与支給総額に含めてください。

### 2. 日本年金機構方式CD・DVD・USBでお届けの場合

- (1) 「被保険者賞与支払報告書」
- (2) 「賞与不該当者一覧」（賞与の支払いがなかった方について被保険者の番号・被保険者氏名を記入する）
- (3) 日本年金機構方式CD・DVD・USB
  - ① CD・DVD・USBは貴事業所にてご用意ください。
  - ② 入力項目については、日本年金機構ホームページの健康保険組合提出用フォームを使用してください。
  - ③ ご提出いただきました磁気媒体につきましては、届出原本として当組合にて保管させていただきます。
- (4) 提出されたCD・DVD・USBの内容を読み取ることができないときは、再提出を依頼しますのでご協力ください。なお、保険料の告知は再提出日を基準に行います。

以上（1）～（3）の3点を適用課にご提出ください。

※産前産後休業及び育児休業取得者であっても賞与を支給した場合は、支給した人数及び賞与支給総額に含めてください。

### 3. 賞与支払届用紙でお届けの場合

- (1) 「被保険者賞与支払報告書」
- (2) 「賞与不該当者一覧」（賞与の支払いがなかった方について被保険者の番号・被保険者氏名を記入する）
- (3) 被保険者賞与支払届（用紙）
  - ① 被保険者の番号、氏名を印字した賞与支払届を送付いたします。
  - ② 賞与支払届に賞与額・標準賞与額・賞与支払年月日を記入してください。
  - ③ 賞与支払届を作成する場合、賞与を支給した全員を記入してください。
  - ④ 印字されていない被保険者で賞与を支給した場合は追記してください。

以上（1）～（3）の3点をご提出ください。

※記載については被保険者の番号順に行ってください。

※産前産後休業及び育児休業取得者であっても賞与を支給した場合は、支給した人数及び賞与支給総額に含めてください。

### 4. 賞与の支払いを行わない場合について

「被保険者賞与支払報告書」の②の「支給・不支給」欄の不支給に○を記入してお届けください。

### 5. 保険料告知について

ご提出いただいた「被保険者賞与支払届」に基づき、原則として賞与支払い月の翌月に一般調整保険料、介護保険料及び子ども・子育て支援金を合わせて納入告知いたします。

### 6. その他

- (1) 賞与支給月における資格喪失届は特に遅延のないようご協力ください。
- (2) 賞与支給月に係る保険料免除の届書（下記①～④）は、早めにご提出ください。

- ① 産前産後休業取得者申出書
- ② 産前産後休業取得者変更（終了）届
- ③ 育児休業等取得者申出書（新規・延長）
- ④ 育児休業取得者終了届

※令和4年10月1日の法改正により育児休業期間中の賞与保険料は、賞与支給月の月末を含んだ1か月を超える期間の育児休業を取得した場合にのみ免除の対象となります。詳細については、令和4年8月31日付、信健発第251号「令和4年10月からの健康保険法等の一部改正について」をご参照ください。

- (3) 被保険者賞与支払報告書の賞与支給総額を記載する際の注意点  
合計金額が必ず合致するよう下記参照の上、ご記入ご確認をお願いいたします。
  - ① 支給された賞与を1円単位で合計し届出する場合は、賞与支払届④1の欄にご記入ください。
  - ② 給与システム等により千円未満切り捨てされた合計を届出する場合は、賞与支払届④2の欄にご記入ください。

## 参考

『健康保険法及び厚生年金保険法における賞与に係る報酬の取扱いについて』の一部改正について（H30.7.30保保発0730第1号）

#### ○改正趣旨

『通常の報酬』、『賞与に係る報酬』または『賞与』の取扱いをより明確化し、徹底を図ることを目的とする。

#### ○改正概要

- ① 諸手当等の名称の如何に関わらず、諸規定または賃金台帳等から、同一の性質を有すると認められるもの毎に判別する。
- ② 諸手当等を新設した場合のような支給実績のないときには、次期の決定・改定までの間は『賞与』として取り扱う。

#### ○適用年月日

平成31年1月4日

# 健康保険 被保険者賞与支払報告書

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	主任	係

① 納入告知書番号	② 賞与支払年月	支給・不支給
	令和 年 月	支給・不支給

③ 賞与を支給した被保険者数	④1 支給された賞与を1円単位で合計した賞与支給総額	④2 支給された賞与を千円未満切り捨てで合計した賞与支給総額
人	円	円
		000

※上記④1と④2のどちらか一方の金額をご記入ください。

⑤ 被保険者数
人

⑥ 賞与を支給しなかった場合その理由と人数  
(例 年俸制により支給無し〇〇人)

⑦ 賞与の名称	⑧ 賞与支払予定月
	月 月 月 月

【記入上の注意】

- ②は、賞与を支払った年月を記入してください。
- ③は、賞与を支給した被保険者数を記入してください。(産前産後休業者・育児休業者も含む)
- ④は、賞与を支給した被保険者の賞与支給額を集計した総額を記入してください。
- ⑤は、賞与を支給した日現在の被保険者数を記入してください。
- ⑥は、賞与を支給しなかった場合その理由と人数を記入してください。
- ⑦は、賞与、決算手当、期末手当のように支給した賞与の種類別にその名称を記入してください。

社会保険労務士記載欄

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

電話 ( )局 番

令和 年 月 日 提出

月分保険料( 月告知書発送)で計算します。

確認日付印

受付日付印

東京都信用金庫健康保険組合

係	処理

# 健康保険 被保険者賞与支払届

月分保険料( 月告知書発送)で計算します。

事業所記号	54	賞与支払年月日	令和〇〇年6月1日
-------	----	---------	-----------

被保険者番号	被保険者氏名	賞与額						標準賞与額			備考
		百万	千	円	千円	円	千円	円	千円		
10000	信金太郎	1	2	3	0	0	0	1	2	3	

社会保険労務士記載欄	令和 年 月 日 提出
	受付日付印

〒 101-0062  
東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇

名称 駿河台信用金庫

事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇


電話 (03) 0000-0000

※控えが必要な場合は記入後に、この届をコピーしてください。

## 健康保険・適用事業所・名称／所在地変更（訂正）届

事業所の名称／所在地に変更（訂正）があったときは、変更（訂正）のあった日から5日以内に「適用事業所・名称／所在地変更（訂正）届」を当組合に提出してください。

※ この届出用紙は、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。

<b>様式コード</b> 2   1   0   5		(健康保険) 適用事業所 名称/所在地 変更(訂正)届 厚生年金保険				
令和 年 月 日提出						
提出者記入欄	事業所整理記号	-		事業所番号		
	事業所所在地	〒 101 - 0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇				
	事業所名称	駿河台信用金庫 理事長 〇〇 〇〇				
	事業主氏名					
	電話番号	03 ( 0000 ) 0000				
		社会保険労務士記載欄		受付印		
変更区分	1. 事業所名称のみ変更					
	2. 事業所所在地のみ変更					
	3. 事業所名称及び事業所所在地の変更					
変更前	① 事業所名称					
	② 事業所所在地	〒 -	都道府県			
変更後	③ 変更年月日	令和	年	月	日	
	④ 事業所名称	(フリガナ)				
	⑤ 事業所所在地	〒 -	(フリガナ) 都道府県			
	⑥ 電話番号					
	⑦ 口座振替の継続	※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。 1. 継続する ※「1. 継続する」を希望する場合、 ⑧振替口座の変更も記入してください。 2. 継続しない			⑧ 振替口座の変更	※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。 1. 変更なし 2. 変更あり ※ 口座番号、口座名義等に変更がある場合、 再度「保険料 口座振替納付(変更)申出書」を提出してください。

## 健康保険・事業所関係変更（訂正）届

事業主や事業所に関することに変更（訂正）があったときは、変更（訂正）があった日から5日以内に「事業所関係変更（訂正）届」を健康保険組合に提出してください。

下記の事項に変更（訂正）があったときに届出が必要となります。

1. 事業主又は、代表者の住所に変更があったとき
2. 事業主代理人を選任・解任したとき
3. 会社法人等番号、法人番号に変更があったとき

※ この届出用紙は、日本年金機構のホームページからダウンロードして届出してください。

様式コード		健康保険 厚生年金保険		事業所関係 変更(訂正)届					
2	1	0	4	令和 年 月 日提出					
提出者記入欄	事業所整理記号	-		事業所番号				受付印  社会保険労務士記載欄 氏名等	
	事業所所在地	〒 101 - 0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇							
	事業所名称	駿河台信用金庫							
	事業主氏名	理事長 〇〇 〇〇							
	電話番号	03 ( 0000 ) 0000							
該当する変更(訂正)内容の項目のみ記入してください。 ※事業主・事業主の代理人・法人番号等を変更する場合は、変更前についても記入してください。									
事業所情報記入欄	① 変更前 事業主氏名	(フリガナ)	(名)	〒	-	③ 変更年月日			
	② 変更後 事業主住所	(フリガナ)	(名)	〒	-	令和 年 月 日			
	④ 事業所電話番号	(フリガナ)	(名)	〒	-	⑤ 健康保険組合名称	健康保険組合		
	⑥ 選任 事業主代理人氏名住所	(フリガナ)	(名)	〒	-	⑦ 選任年月日			
	⑧ 解任 事業主代理人氏名住所	(フリガナ)	(名)	〒	-	令和 年 月 日			
	⑩ 社会保険労務士	1. 登録(変更) 2. 解除	⑪ 社会保険労務士コード	(名)	⑫ 社会保険労務士名	(名)	⑨ 解任年月日		
	⑬ 年金委員名1	1. 登録(変更) 2. 解除	(フリガナ)	(名)	⑭ 年金委員名2	1. 登録(変更) 2. 解除	(フリガナ)	令和 年 月 日	
	⑮ 現物給与の種類	1. 登録(変更) 2. 全解除	1. 食事 2. 住宅	3. 被服 4. 定期券	5. その他	⑯ 業態区分	令和 年 月 日		
	⑰ 昇給月	1. 登録(変更) 2. 全解除	1回目	月	2回目	月	3回目	月	
	⑱ 賞与支払予定月	1. 登録(変更) 2. 全解除	1回目	月	2回目	月	3回目	月	
	⑲ 賞与支払予定月	1. 登録(変更) 2. 全解除	1回目	月	2回目	月	3回目	月	
	⑳ 賞与支払予定月	1. 登録(変更) 2. 全解除	1回目	月	2回目	月	3回目	月	
	㉑ 変更前 会社法人等番号	㉒ 変更後	㉓ 会社法人等番号変更年月日 令和 年 月 日						
	㉔ 変更前 法人番号	㉕ 変更後	㉖ 法人番号変更年月日 令和 年 月 日						
	㉗ 変更前 個人・法人等区分	1. 法人事業所 2. 個人事業所 3. 国・地方公共団体	㉘ 変更後	1. 法人事業所 2. 個人事業所 3. 国・地方公共団体					
㉙ 変更前 本店・支店区分	1. 本店 2. 支店	㉚ 変更後	1. 本店 2. 支店						
㉛ 変更前 内・外国区分	1. 内国法人 2. 外国法人	㉜ 変更後	1. 内国法人 2. 外国法人						
㉝ 備考									

## 保険給付一覧

(令和8年4月1日現在)

法定給付(健康保険法で決められた給付)		付加給付(組合独自の給付)	
病気・ケガ	療養の給付 (本人・家族)	保険医療機関にマイナ保険証等(70歳～74歳はあわせて高齢受給者証)を提示して診察・投薬・処置・手術等の必要な医療を受けられる 義務教育就学後～69歳は医療費の7割、義務教育就学前8割、70歳～74歳は8割(現役並み所得者は7割)が給付される	自己負担額(1カ月1件ごと。高額療養費として支給された額、および入院時の食事代や居住費・差額ベッド代などは除く)から25,000円を控除した額(1,000円未満切り捨て)
	保険外併用療養費 (本人・家族)	保険医療機関で選定療養や評価療養を受けたときは一般治療と共通する部分が、保険外併用療養費として現物給付される	
	療養費 (本人・家族)	やむを得ない事情で自費で受診したときなどは、保険者が承認すれば健康保険の標準料金から自己負担額を除いた額が払い戻される	
	高額療養費 (本人・家族)	1カ月に医療機関に支払った自己負担額が、定められた算出方法による自己負担限度額を超えたときは、超えた分が払い戻される(低所得者等の負担軽減措置あり) ※「限度額適用認定証」を使用した場合は、現物給付もあり(76頁参照)	
	訪問看護療養費 (本人・家族)	在宅療養の難病患者等が、訪問看護ステーションの訪問看護を受けたときは、その費用の7～8割が給付される	
	入院時食事療養費 (本人・家族) ※入院時生活療養費	入院したとき1日3食を限度に1食あたり標準負担額・510円(市区町村民税非課税者は110～230円)を除いた部分が現物給付される *65歳以上の人が療養病床に入院したとき、1日につき1,750円を超えた額が現物給付される	
	移送費 (本人・家族)	病気やけがで移動が困難な患者が、医師の指示で一時的・緊急的が必要があり移送された場合、基準額を限度として実費が払い戻される	
	傷病手当金 (本人のみ)	被保険者が療養のため仕事を休み事業主から報酬が受けられないとき、1日につき直近12カ月間の標準報酬月額平均額の1/30の3分の2相当額が支給開始日から通算して1年6カ月支給される(資格喪失後の継続給付については98頁を参照してください)	
	高額介護合算療養費	1年間に支払った医療保険と介護保険の自己負担額を合算して、自己負担限度額を超えたときは、超えた分が支給される	
出産	出産手当金 (本人のみ)	被保険者が出産で仕事を休み報酬を受けられないとき、1日につき直近12カ月間の標準報酬月額平均額の1/30の3分の2相当額を出産の日以前42日(多胎98日)、出産の日後56日間支給される(資格喪失後の給付については101頁を参照してください)	
	出産育児一時金 (本人・家族)	被保険者及び被扶養者が妊娠4カ月(85日)以上で出産したとき、1児につき500,000円支給される(資格喪失後の給付については105頁を参照してください)	1児につき35,000円
死亡	埋葬料(費) (本人・家族)	被保険者本人が死亡したときは一律50,000円が支給される(資格喪失後の給付については109頁を参照してください) 被扶養者が死亡したときにも一律50,000円が支給される	一律50,000円

※ 資格喪失後の継続給付(傷病手当金・出産手当金・出産育児一時金)を受けるためには一般の被保険者期間が引き続き1年以上あることが必要です。付加給付はありません。

※ 妊娠22週未満の出産の場合や、産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産した場合は488,000円です。

## 保険給付(病院やケガ、出産、死亡した場合)

被保険者および被扶養者が病気やケガをしたとき、保険医療機関の窓口でマイナ保険証または資格確認書(以下「マイナ保険証等」という。)を提示※することにより、診療を受けることができます。

※ 70歳～74歳の方は高齢受給者証をあわせて提示

ただし、業務上または通勤途中の病気やケガ、美容整形等は健康保険の対象外です。

### 現物給付と現金給付

1. 現物給付 病気やケガを治すために提供される医療行為のこと
2. 現金給付 療養にかかった費用をはじめ現金で支給される給付のこと

### 負担割合

医療機関で医療を受けたときや薬局で薬が出されたときは、窓口で定率の自己負担額(10円未満四捨五入)を支払います。残りは健康保険から支払われます。

負担割合は、年齢等により、次のように区分されています。

区 分	自己負担	保険給付
義務教育就学後70歳未満	3割	7割
義務教育就学前	2割	8割
70歳以上(高齢受給者)	2割	8割
70歳以上の現役並み所得者	3割	7割

### 給付内容

診察、薬剤または治療材料の支給、処置、手術、その他の治療、居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話、その他の看護・病院または診療所への入院及びその療養に伴う世話、その他の看護。

### 給付期間

その病気やケガが治るまで

## 保険外併用療養費

健康保険では受けられる治療には範囲があり、保険が適用されない療養を受けると、保険が適用される療養まで医療費の全額が自己負担になります。

しかし、保険が適用されない療養を受ける場合でも、一定の要件を満たした医療機関における先進医療、新しい治療法・新薬など将来保険給付の対象にするか評価・検討するための療養を受けたときの「評価療養」と、患者自らが選択して厚生労働大臣の定める特別なサービス（特別療養環境室への入院・金属床による総義歯など）を受けたときの「選定療養」であれば、保険が適用される部分については通常の療養と共通する部分は保険外併用療養費として給付が受けられます。

保険外併用療養費の給付割合は療養の給付と同じです。

## 患者申出療養

患者からの申し出により、国が安全性・有効性・実施計画を審査した治療が「保険外併用療養費」の支給対象となります。これにより、必要と認められれば、国内では未承認の医薬品による治療などを健康保険の治療と併用して受けられるようになります。

## 給付の制限

健康保険制度の適正な運営を損なう恐れがあるとき、または他の制度から同様の給付が行われた場合などは、保険給付の全部または一部が制限されます。

1. 故意の犯罪行為、または故意に事故をおこしたとき
2. けんか、泥酔など著しい不行跡によって事故をおこしたとき
3. 正当な理由がなく、医師の指示に従わなかったり保険者の指示による診断を拒んだとき
4. 詐欺、その他不正な行為で保険給付を受けたり、または受けようとしたとき
5. 正当な理由がないのに保険者の文書の提出命令や質問に応じないとき
6. 感染症予防法等他の法律によって、国または地方公共団体が負担する療養の給付等があったとき

## 自己負担が高額になったとき（本人・家族）

### 高額療養費

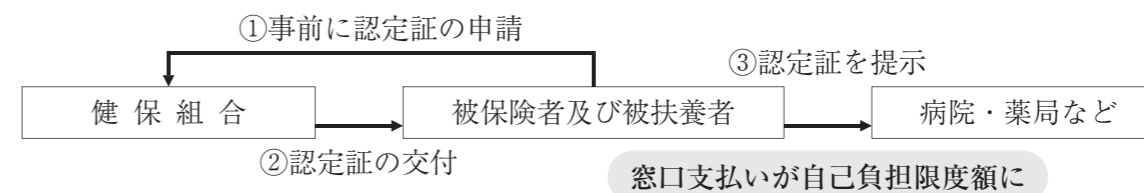
医療機関等で診療を受けたときの医療費の自己負担額が同一月、同一医療機関において限度額を超えたときは、超えた額が支給される制度です。

医療機関等を受診の際にマイナ保険証を利用すると、オンライン資格確認により限度額情報が適用され、自己負担限度額を超える支払いが免除されます。

資格確認書を利用する場合は、事前に健康保険組合に「限度額適用認定申請書」を提出し「限度額適用認定証」の交付を受け、医療機関等の窓口で提示する必要があります。

70歳未満の被保険者及び被扶養者または、70歳以上で所得区分が現役並みⅠ・Ⅱに該当する方で、入院・外来・調剤の医療費が高額になることが予想される場合は、お早めに「限度額適用認定申請書」を当組合へ申請してください。

ただし、差額ベッド代などの保険適用外の費用や食事療養費は高額療養費の対象とはなりません。



### 《自己負担限度額》70歳未満の場合

所得区分	自己負担限度額
ア. 標準報酬月額 83万円以上	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% <b>【140,100円】</b>
イ. 標準報酬月額 53万円～83万円未満	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% <b>【93,000円】</b>
ウ. 標準報酬月額 28万円～53万円未満	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <b>【44,400円】</b>
エ. 標準報酬月額 28万円未満	57,600円 <b>【44,400円】</b>
オ. 低所得者	35,400円 <b>【24,600円】</b>

※ 低所得者とは、市町村民税非課税者である被保険者とその被扶養者、または低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者と被扶養者が該当します。

※ 医療を受けた月以前の12カ月間に、同一世帯ですでに3カ月以上高額療養費が支給されている場合、自己負担限度額は4カ月目から多数該当となり【 】内の軽減された一定額になります。

### 提出書類

「所得区分ア～エに該当する方」…「健康保険限度額適用認定申請書」（75頁参照）

「オ. 低所得者」…「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」（76・77頁参照）

## 同一世帯で高額な自己負担が複数あるとき

同一世帯で同一月に21,000円以上の自己負担が複数あるときは、かかった医療費の合算額に応じた自己負担限度額を超えた分（低所得者は、21,000円以上の自己負担を合算して35,400円を超えた分）が、高額療養費として払い戻されます。

## 70歳～74歳の場合

自己負担額が、同一医療機関・同一月で世帯の限度額（下表参照）を超える場合は、超える分が高額療養費として現物給付されます。

また、同一世帯の70歳～74歳の自己負担額を、金額を問わず合算し、限度額を超えた場合、超えた分が高額療養費として支給されます。

同一月に70歳～74歳と70歳未満それぞれ負担がある場合、世帯合算を行うことができます。対象となる負担額は、70歳～74歳ではすべての負担額、70歳未満では21,000円（1人・1カ月・1医療機関あたり）以上の負担額です。

## 《自己負担限度額》

所得区分	自己負担限度額		限度額適用認定証の発行について
	外来(個人)	高齢者世帯単位(入院含む)	
標準報酬月額83万円以上 (現役並みⅢ)	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% 【140,100円】		必要なし
標準報酬月額53万円～83万円未満 (現役並みⅡ)	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% 【93,000円】		必要 (申請してください)
標準報酬月額28万円～53万円未満 (現役並みⅠ)	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 【44,400円】		必要 (申請してください)
標準報酬月額28万円未満	18,000円 (年間上限144,000円*3)	57,600円 【44,400円】	必要なし
低所得者Ⅱ*1	8,000円	24,600円	必要 (申請してください)
低所得者Ⅰ*2 (所得が一定以下)		15,000円	

※ 医療を受けた月以前の12カ月間に、同一世帯ですでに3カ月以上高額療養費が支給されている場合、自己負担限度額は4カ月目から多数該当となり【 】内の軽減された一定額になります。

- \*1 低所得者Ⅱとは70歳以上で市町村民税非課税者である被保険者とその被扶養者をいいます。
- \*2 低所得者Ⅰとは70歳以上で被保険者およびその被扶養者全員が市町村民税非課税で、所得が一定基準を満たす人等をいいます。
- \*3 基準日（7月31日）時点の所得区分が、一般区分または低所得区分に該当する場合は、計算期間（前年8月1日～7月31日までの期間）のうち、一般区分または低所得区であった月の1年間の外来療養の自己負担限度額の合計が144,000円を超えた場合に、その超えた金額が支給されます。

事務局長	業務部長	課長	係長	主任	係

## 健康保険 限度額適用認定 申請書

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。  
**便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。**

以下のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

被保険者情報	記号	番号			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	住所	(〒 - )	都(道)府(県)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				
備考					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	被保険者の場合は記入の必要はありません			
療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。			
	住所	(〒 - )	都(道)府(県)	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		
宛名				

被保険者の記号・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です。)

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付印

東京都信用金庫健康保険組合

1/1

事務局長	業務部長	課長	係長	主任	係

健康保険 **限度額適用・標準負担額減額認定** 申請書

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。

令和 年 月 日

被保険者情報	記号	番号	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)		
	氏名	(フリガナ)	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 - )	都道府県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	
備考			

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	
	療養する方は、長期入院されましたか。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。		

はい  いいえ → 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。

・マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。  
当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。

・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。認定証は原則として被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。

住所	(〒 - )	都道府県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	
宛名		

被保険者の記号・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  
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 **限度額適用・標準負担額減額認定** 申請書

1 2

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日間
	1 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで
	入院した 保険医療機関等	名称 所在地
	2 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで
	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)	年 月 日 から 年 月 日まで	
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)	年 月 日 から 年 月 日まで	
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)	年 月 日 から 年 月 日まで	
入院した 保険医療機関等	名称 所在地	

市区町村民長証明欄	市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村民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 )は <input type="checkbox"/> 平成 ( )年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 <input type="checkbox"/> 令和
	市区町村民名 印

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月～翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。

## 高額介護合算療養費

医療保険および介護保険の自己負担額の合計額が著しく高額になった場合に、負担を軽減するための制度です。

これは、高額療養費の算定対象世帯を単位として医療と介護の1年間（毎年8月～翌年7月まで）に支払った自己負担額を合算し、その額が限度額（下表参照）をこえる場合は、被保険者が申請をして健康保険からは「高額介護合算療養費」、介護保険からは「高額医療合算介護サービス費」として支給されます。

### 《自己負担限度額》（年額）

標準報酬月額	70歳未満の人がいる世帯 <sup>*1</sup>	70歳以上75歳未満の人がいる世帯 <sup>*2</sup>	75歳以上の世帯
83万円以上	212万円		
53万円～83万円未満	141万円		
28万円～53万円未満	67万円		
28万円未満	60万円	56万円	
低所得者Ⅱ <sup>*3</sup>	34万円	31万円	
低所得者Ⅰ <sup>*4</sup>		19万円	

\*1・2 対象となる世帯に、70歳以上75歳未満の人と70歳未満の人が混在する場合は、①まずは70歳以上75歳未満の人にかかる自己負担の合計額に、\*2の区分の自己負担限度額が適用された後、②なお残る自己負担額と、70歳未満の人にかかる自己負担額との合計額とを合算した額に、\*1の自己負担限度額が適用されます。

\*3 70歳以上で市町村民税非課税者である被保険者とその被扶養者

\*4 70歳以上で被保険者およびその被扶養者全員が市町村民税非課税で、所得が一定基準を満たす人等

## 入院時食事療養費（本人・家族）

保険医療機関に入院したときは食事の給付（入院時食事療養費）をうけられます。この場合、標準負担額（1食につき510円）は自己負担となりますが、低所得者（市町村民税非課税者）については減額されます。

### 標準負担額の減額措置を受けるには

『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書』に低所得の証明書を添付して、健康保険組合に提出します。申請が認められると『限度額適用・標準負担額減額認定証』が交付されます。

マイナ保険証を使用することにより、『限度額適用・標準負担額減額認定証』の提示を省略することができますが、資格確認書を使用する場合には併せて提示する必要があります。

やむを得ない理由により、申請書を提出することができなかつたとき、または医療機関に認定証を提示できず減額が適用されなかつたときは、申請により健康保険組合が認めた場合に標準額との差額が支給されます。

### 提出書類 ※76・81頁参照

「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」「市町村長が証明する非課税証明書」「健康保険標準負担額差額支給申請書」等

#### ▼入院時の標準負担額（1食につき）

区 分	標準負担額
一 般	510円
下記非課税者に該当しない指定難病患者 又は小児慢性特定疾病者	300円
市町村民税非課税者	240円
長期入院の場合	91日目以降 190円
所得が一定基準に満たない場合等に 該当する高齢受給者	110円

## 入院時生活療養費

65歳以上の高齢者が療養病床に入院した場合は、生活療養（食費・居住費）にかかる標準負担額を自己負担し、標準負担額を超えた額が入院時生活療養費として支給されます。

### 《生活療養標準負担額》

食費 (食材料費および調理コスト相当)	居住費 (光熱水費相当)	
1食510円 (3食限度) 〔1カ月約46,000円〕	65歳以上 療養病床	負担額
	医療区分Ⅰ(Ⅱ・Ⅲ以外)	370円/日
	医療区分Ⅱ・Ⅲ(医療の必要性の高い患者)	
	難病患者	なし

※低所得者については、所得の状況に応じて標準負担額が軽減されます。

## 健康保険標準負担額差額支給申請書

被保険者記号・番号		54 - 1000	
被保険者	氏名	信金 太郎	事業所 名称 駿河台信用金庫
	生年月日	昭平〇〇年 〇〇月 〇〇日	所在地 千代田区神田駿河台〇-〇-〇
減額対象者	氏名	信金 太郎	被保険者との続柄
	生年月日	昭平〇〇年 〇〇月 〇〇日	
被保険者(減額対象者)の住所		〇〇区〇〇1-1-1	
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	令和 年 月 日	
	長期該当年月日	令和 年 月 日	

食事療養又は生活療養を受けた保険医療機関	名称	お茶の水病院
	所在地	千代田区神田駿河台2-1-1
入院期間(日数)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日間 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで	
入院期間に受けた食事療養又は生活療養に支払った額(標準負担額)	〇〇,〇〇〇 円	
減額認定証の交付申請又は提出が出来なかった理由	減額認定証の交付申請手続中だった為	

(添付書類)

1. 非課税証明書等低所得の証明書
2. 入院期間を確認できる書類
3. 現に支払った標準負担額を証明できる書類(領収書等)

受付日付印

委任状	私は本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。		
	住所	〒000-0000 〇〇区〇〇1-1-1	
	本人 氏名	信金 太郎	
代理人(事業主)	住所	〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇	
	氏名	駿河台信用金庫 理事長 〇〇 〇〇	
資格	得	昭和 平成 年 月 日	係
	喪	令和 年 月 日	
	被扶養者認定年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	

※ 記号・番号を記入した場合、備考欄への記入は不要です。

備考欄 被保険者証の記号・番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記入してください。

(個人番号を記入した場合、本人確認等をするための添付書類が必要となります。)

## 医療費の自己負担額が戻るとき（本人・家族）

当組合では、法定給付のほかに組合独自の付加給付の制度があります。

### 一部負担還元金

被保険者について、保険医療機関からの診療報酬明細書1件ごとに、自己負担額（高額療養費を除く）から定額 25,000円 を控除した額（1,000円未満は切り捨て）が支給されます。

### 家族療養費付加金

被扶養者について、保険医療機関からの診療報酬明細書1件ごとに、自己負担額（高額療養費を除く）から定額 25,000円 を控除した額（1,000円未満は切り捨て）が支給されます。

### 合算高額療養費付加金

合算高額療養費の支給をうけると、自己負担額の合計額（合算高額療養費は除く）から、診療報酬明細書1件につき定額 25,000円 を控除した額（1,000円未満は切り捨て）が支給されます。

### 訪問看護療養費付加金

被保険者について、訪問看護ステーションからの請求書1件ごとに、自己負担額（高額療養費を除く）から定額 25,000円 を控除した額（1,000円未満は切り捨て）が支給されます。

### 家族訪問看護療養費付加金

被扶養者について、訪問看護ステーションからの請求書1件ごとに、自己負担額（高額療養費を除く）から定額 25,000円 を控除した額（1,000円未満は切り捨て）が支給されます。

※ これらの付加金等は医療機関からの「診療報酬明細書」及び訪問看護ステーションからの「請求書」をもとに計算され、自動的に被保険者に支払われます。また、入院時食事療養費標準負担額および生活療養標準負担額は付加金の対象にはなりません。

## 立て替え払いとなる時（現金給付）

### 療養費

やむを得ない事情で保険診療を受けることができず、自費で受診したときなど、健康保険組合が療養の給付を行うことが困難であると認められる以下のようなとき、療養費を申請できます。保険診療の金額を標準として算定した額（実際に支払った金額の方が少ない場合は実費）から一部負担金等を差し引いた額が療養費として支給されます。

○マイナ保険証等を提出できなかったとき

※ マイナ保険証発行の手続き中、緊急性をもって受診の必要があったとき等

○療養のため、医師の指示により治療用装具を作成または購入し装着したとき

○臍帯血または造血幹細胞移植をおこなった際に要した臓器の搬送費用

○四肢のリンパ浮腫治療や慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のために弾性着衣等を購入したとき

○9歳未満の小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを作成したとき

○ステューヴンス・ジョンソン症候群および中毒性表皮壊死症の眼後遺症により、輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズを購入したとき

○輸血（生血）の血液代

○海外で受診したとき（海外療養費）

海外に滞在中や旅行中に病気やケガをした場合、いったん自費で治療費を支払い、療養費として健康保険組合に申請することになります。支給される額は、かかった費用の範囲内で、国内で保険診療を受けた場合の費用を基準とした額から自己負担相当額を差し引いた金額となります。ただし、治療の目的で海外に出向き、治療を受けた場合は支給対象になりません。また、書類が外国語で記載されている場合は、日本語の翻訳文および翻訳者の氏名・住所の記載が必要となります。

○柔道整復師の施術を受けたとき※

骨折、脱臼、打撲または捻挫により施術を受けた場合で、骨折、脱臼の応急手当を除き、医師の同意が必要です。

○あん摩・マッサージの施術を受けたとき※

医療上必要であり、脳出血等での筋麻痺、骨折や手術後その他による骨関節の運動機能回復、関節拘縮などで、医師が同意したときに限られます。

○はり・きゅうの施術を受けたとき※

神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症および頸椎捻挫後遺症など慢性病で、医師による適当な治療手段がないと判断され、医師が同意したときに限られます。

※ 受領委任制度を利用しない場合で被保険者が直接組合へ申請する場合

受領委任制度とは、受療者が施術料の3割（2割）を自己負担し、本人に代わって施術者が健康保険組合に保険給付分7割（8割）を請求する制度（実質現物給付）です。

提出書類

- 療養費支給申請書
- 領収書（原本）
- 申請内容に応じた添付書類

添付書類事例

事例	添付書類
マイナ保険証等を提示できなかったとき	病院の場合は診療報酬明細書（レセプト）、薬局の場合は調剤報酬明細書 ※ 診療報酬明細書とは傷病名の記載があるもので診療明細書とは異なります。
医師の指示により治療用装具を作成または購入し装着したとき	・治療用装具製作指示装着証明書 ・靴型装具写真貼付台紙（靴型装具の場合）
治療用眼鏡またはコンタクトレンズを作成したとき（9歳未満）	治療用眼鏡等作成指示書等の写し
臍帯血または造血幹細胞移植をおこなった際に要した臓器の搬送費用	・臍帯血および造血幹細胞移植を必要とする医師または歯科医師の意見書 ・搬送に要した費用・経路・料金等を証明する明細書 ※ 運送会社領収書や医師の交通費請求書等
海外で受診したとき	・診療内容明細書 ・領収明細書 ・調査にかかわる同意書および署名 ・渡航証明（パスポートの写し等）
はり・きゅうの施術を受けたとき	医師の同意書（はり及びきゅう療養費用）

健康保険<sup>被保険者</sup>療養費支給申請書（第1回目）

※印の欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者の 記号・番号	記号 54	番号 1000	事業所の 名称と所在地	駿河台信用金庫 千代田区神田駿河台〇-〇-〇		
	傷病名	急性湿疹			発病又は負傷 の年月日	令和〇〇年5月7日 (負傷の場合は 時頃)	
診療を受けた 病・医院の 所在地	発病又は 負傷の原因	不詳					
	診療を受けた 病・医院の 所在地	名称	〇〇病院		医師 氏名	〇〇 〇〇	
診療の内容	別添						
診療の期間	(自) 令和〇〇年5月7日	(至) 令和〇〇年5月7日	1日間	診療に要した費用の額	金 5,720 円也		
療養の給付を受けることができなかった理由(詳しく)	組合に異動届を提出中の為						
第三者の行為によって負傷したものであるか否か	ある <input checked="" type="radio"/>	ない <input type="radio"/>	第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	ある	ない	
申請が被扶養者に関するときは、その者の	氏名	信金花子		生年月日	昭和 平成〇〇年〇月〇日生 令和	被保険者との続柄	長女
上記のとおり申請いたします。 令和〇〇年5月10日							
住所 〒 000-0000 〇〇区〇〇1-1-1 被保険者の氏名 信金 太郎 東京都信用金庫健康保険組合 殿 電話 03-0000-0000							

受取代理人の欄	私は本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。
本人	住所 〒 000-0000 〇〇区〇〇1-1-1 氏名 信金 太郎
代理人(事業主)	住所 〒 101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇 駿河台信用金庫 氏名 理事長 〇〇 〇〇

※ 支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間 )	令和〇〇年5月11日提出 受付日付印
※ 支給額	保険金額 円 × $\frac{1}{10}$ = 円 自己負担額 ( $\frac{1}{10}$ ) 控除額 円 - 円 = 円	

※ 資格	得	昭和 平成 令和	年 月 日	係
	喪	令和	年 月 日	
格	被扶養者認定年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	

※ 記号・番号を記入した場合、備考欄への記入は不要です。  
備考欄 被保険者証の記号・番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記入してください。  
(個人番号を記入した場合、本人確認等をするための添付書類が必要となります。)

領収（診療）明細書（入院・**入院外**）

健康保険 **被保険者** 療養費支給申請書（第 1 回目）

（備考）・すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。  
・明細は詳細にご記入ください。

診療年月日	令和〇〇年 5 月 7 日 ~ 令和〇〇年 5 月 7 日	実日数	1 日		
患者名	信金花子		傷病名	急性湿疹	
①初診	時間外・休日・深夜	回	点	入院年月日	年 月 日
②再診	再診	回	点	③入院科	点
	外来管理加算	回			
	時間外加算	回			
	休日加算	回			
	深夜加算	回			
③指導	572			④入院時医学管理科	
④在宅	往診	回		円×日間	円
	夜間	回		円×日間	円
	深夜・緊急	回		円×日間	円
	在宅患者訪問診療	回		円×日間	円
⑤投薬	⑥内服薬	×	単位	⑤入院時	円
	⑦頓服薬		単位	⑥入院時	円
	⑧外用薬	×	単位	⑦入院時	円
	⑨処方	×	単位	⑧入院時	円
	⑩麻薬・覚醒・毒薬加算		回	⑨入院時	円
	⑪調剤		回	⑩入院時	円
⑫注射	⑬皮下筋肉内	回		⑪入院時	円
	⑭静脈内	回		⑫入院時	円
	⑮その他	回		⑬入院時	円
⑯処置	薬剤	回		⑭入院時	円
⑰手術	薬剤	回		⑮入院時	円
⑱検査	薬剤	回		⑯入院時	円
⑲診察	薬剤	回		⑰入院時	円
⑳その他	処方せん	回		⑱入院時	円
	薬剤	回		⑳入院時	円
上記のとおり領収（診療）いたしました。				合計	5,720 円
				(食事代は除く)	
住所 〒 000-0000 〇〇区〇〇1-1-1					
医師の氏名 〇〇病院 〇〇 〇〇					

（添付書類についての注意）

- 歯科診療、及び医師以外の者から薬剤の支給を受けた場合に関する申請のときは、別の領収（診療）明細書をつけてください。
- 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけてください。
- 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」「領収書（原本）」「領収明細書」「渡航証明」「調査に関わる同意書」をつけてください。  
なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

東京都信用金庫健康保険組合

（被保険者への事項）  
1 コルセット、義肢等に関する申請のときは使用してください。  
2 装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書を添付してください。  
3 実費についての領収証書を必ず添付してください。  
4 靴型装具を装着したときは、靴型装具写真貼付台紙に靴型装具の写真を貼り付けて提出してください。  
5 ※印の欄は記入しないでください。

被保険者の記号・番号	記号 54 番号 1000	事業所の名称と所在地	駿河台信用金庫 千代田区神田駿河台〇-〇-〇	
傷病名	変形性腰痛症	発病又は負傷の年月日	令和〇〇年 5 月 7 日 (負傷の場合は 11 時頃)	
発病又は負傷の原因及びその経過	休日に掃除をしている時に痛めた			
診療を受けた病・医院の名称	〇〇整形外科	医師氏名	〇〇 〇〇	
所在地	〇〇区〇〇1-1-1			
診療の内容	上記傷病のため治療用装具の装着を要する			
製作指示年月日	令和 年 月 日	装着に要した費用の額	金 22,290 円也	
領収年月日	令和 年 月 日	療養の給付を受けることができなかった理由	補装具製作所が保険契約なき為	
第三者の行為によるものか	ある	第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	ある・ない
申請が被扶養者に関するときは、その者の	氏名	信金花子	生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日生 平成 〇〇年〇〇月〇〇日生
		被保険者の続柄	妻	
上記のとおり申請いたします。				
		住所	〒000-0000 〇〇区〇〇1-1-1	
		被保険者の氏名	信金太郎	
		電話	03-0000-0000	

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。	令和〇〇年 6 月 6 日
	〒000-0000 住所 〇〇区〇〇1-1-1 被保険者 氏名 信金太郎	
	〒101-0062 住所 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇 代理人(事業主) 氏名 駿河台信用金庫 理事長 〇〇 〇〇	

東京都信用金庫健康保険組合

※支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間 )
※支給額	保険金額 円 × $\frac{1}{10}$ = 円 自己負担額 ( $\frac{1}{10}$ ) 控除額 円 = 円

令和〇〇年 6 月 7 日提出  
受付日付印

※資格	得 昭和 年 月 日 係 喪 令和 年 月 日
	被扶養者認定年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日

※ 記号・番号を記入した場合、備考欄への記入は不要です。  
備考欄 被保険者証の記号・番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記入してください。  
(個人番号を記入した場合、本人確認等をするための添付書類が必要となります。)

# 靴型装具写真貼付台紙

記号	番号	被保険者氏名	対象者氏名	撮影日
				令和 年 月 日

添付写真と撮影方法について

- 1 下記のイラストを参考に①正面 ②裏側(正面の反対側) ⑤全体図の写真を撮影し、貼付してください。
- 2 ロゴ・商標等がある場合は、それらの撮影も行い、写真を貼付してください。
- 3 写真の撮影者は、被保険者、家族、義肢装具士、健保事務ご担当者等、どなたでも構いません。
- 4 1枚の靴型装具写真貼付台紙に写真が貼付しきれない場合は、必要枚数をコピーし写真を貼付のうえ、ご提出ください。

(イラストの上から写真を貼付してください。)

- ① 正面
- ② 裏側 (正面の反対側)
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 全体図
- ⑥ 下・底
- ⑦ サイズ表記 (ある場合)
- ⑧ ロゴ・商標等 (ある場合)
- ⑨ 取り扱い説明書・製品箱 (ある場合)



届書コード 3 0 0	届書 1.立替払等 2.治療用装具 5.生 血	健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書(第 〇 回目) (立替払等、治療用装具、生血)
① 被保険者の記号・番号	④ 生年月日	⑤ 被扶養者番号
② 〇〇	③ 〇〇〇〇	⑥ 給付記録番号
⑦ 〇〇	⑧ 〇〇	⑨ 受取代理人番号
⑩ 〇〇	⑪ 〇〇	⑫ 〇〇
⑬ 〇〇	⑭ 〇〇	⑮ 〇〇
⑯ 〇〇	⑰ 〇〇	⑱ 〇〇
⑲ 〇〇	⑳ 〇〇	㉑ 〇〇
㉒ 〇〇	㉓ 〇〇	㉔ 〇〇
㉕ 〇〇	㉖ 〇〇	㉗ 〇〇
㉘ 〇〇	㉙ 〇〇	㉚ 〇〇
㉛ 〇〇	㉜ 〇〇	㉝ 〇〇
㉞ 〇〇	㉟ 〇〇	㊱ 〇〇
㊲ 〇〇	㊳ 〇〇	㊴ 〇〇
㊵ 〇〇	㊶ 〇〇	㊷ 〇〇
㊸ 〇〇	㊹ 〇〇	㊺ 〇〇
㊻ 〇〇	㊼ 〇〇	㊽ 〇〇
㊾ 〇〇	㊿ 〇〇	送 信
① 被保険者の(フリガナ) 申請者氏名と印	⑦ 名称	⑧ 所在地
信金 太郎	駿河台信用金庫	千代田区神田駿河台〇-〇-〇
⑩ 郵便番号	⑪ 住所コード	⑫ 電話番号
	5 Grove End Road, ST john's Wood London NW5 6NH (00) 00	
⑬ 傷病コード	⑭ 傷病名	⑮ 発病または負傷年月日(療養開始日)
	5「ダツリC	〇〇年〇〇月〇〇日
⑯ 発病または負傷の原因およびその経過	⑰ 診察した医師氏名	⑱ 第三者行為によるものですか。
虫歯、歯の詰め物が取れた		⑩:いいえ 1:はい
⑲ 診療を受けた病院等	⑳ 名称	㉑ 所在地
⑲ 診療の期間(支給期間)	⑳ 日数	㉑ 入院・入院外の別
自〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇日	〇:入院外 1:入院
至〇〇年〇〇月〇〇日	1	自令和 年 月 日 日間
		㉒ 診療に要した費用の額
		£ 95
⑲ 診療の内容	⑳ 療養の給付を受けることができなかった理由	㉑ 海外勤務のため
虫歯治療等		
1. 立替払い等	⑲ 療養の原因(コード)	⑳ 施術回数
		回
2. 治療用装具	⑲ 治療用装具(コード)	⑳ 支給種別
		1 初回支給 2 補修 3 再支給
5. 生 血	⑲ 輸血回数	㉑ 年 月 日
㉒ 支給回数	㉓ 支給算出額	㉔ 調整減額コード
回	円	
㉕ 金融機関コード	㉖ 調査先コード	㉗ 海外表示
		0. 国内 1. 海外
㉘ 口座番号	㉙ 預金種別	㉚ 特別支給コード
		(備考)
㉛ 支払金融機関の欄	㉜ 支払区分	㉝ 銀行 本店 支店
	1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	農協
	㉞ 普通 2:当座 3:通知 4:別段	郵便局
	㉟ 口座名義	
	㊱ 技官等意見	
㊲ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日提出	受付日付印
	令和 〇年 〇月 〇日	
被保険者(申請者) 住所	5 Grove End Road, ST john's Wood London NW5 6NH	
氏名	信金 太郎	
㉒ 代理人の氏名と印	㉓ (フリガナ)スルガダイシヨウキンコ リジチョウ 〇〇〇〇	㉔ 委任者と代理人との関係
	駿河台信用金庫 理事長 〇〇〇〇	
㉕ 代理人の住所	㉖ 郵便番号	㉗ (フリガナ)チヨダクカンダスルガダイ
	1 0 1 0 0 6 2	千代田区神田駿河台〇-〇-〇
	㉘ 住所コード	送 信

<海外で医者にかかったときの申請書の添付書類>

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic  
担当医又は病院事務長へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit. この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of hospital/clinic. この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit used. ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

Itemized Receipt  
領収明細書

Form B  
様式B

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$	£ 45	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$		
(3) Fee for Home Visit	往診料	\$		
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理料	\$		
(5) Hospitalization	入院費	\$		
(6) Consultation	診察費	\$	£ 50	
(7) Operation	手術費	\$		
(8) Professional Nursing	職業看護婦費	\$		
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$		
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$		
(11) Medicines	医薬費	\$		
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$		
(13) Anaesthetics	麻酔費	\$		
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$		
(15) Others (Specify)	その他(項目明記)	\$		\$
		\$		\$
				Unit is _____
(16) Total	合計	\$	£ 95	貨幣単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.

注 意: 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic  
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前: Last 姓 ○○○○ First 名 ○○○○ Title 称号 Dr

Address 住所: Home 自宅 718 WIMBLEDON London Phone 電話 000-0000-0000

Office 病院又は診療所 999 WIMBLEDON London Phone 電話 000-0000-0000

Date: 日付 ○○○○.○○.○○ Signature 署名 ○○○○ ○○○○

<海外で医者にかかったときの申請書の添付書類>

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit. この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician. この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

Form A

様式A

1. Name of Patient (Last, First) Taro Shinkin Age (Date of Birth) 1978.5.4 Sex (Male · Female)  
患者名 年齢(生年月日) 性別  男 · 女

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).  
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(P7~P10参照)

(No. )

3. Date of First Diagnosis: 0000.00.00  
初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment: 1 days  
診療日数 日間

5. Type of Treatment  
治療の分類

Hospitalization: From \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
入院 自 至 ( 日間)

Outpatient or Home Visit  
入院外 00.00, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)  
症状の概要

5<sup>1</sup> ダツリC

7. Prescription, Operation and any other Treatments (in brief)  
処方、手術その他の処置の概要

虫歯治療等

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes  No   
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician: Fill in Form B  
項目別治療実費 様式Bによる

10. Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前: Last 姓 ○○○○ First 名 ○○○○ Title 称号 Dr

Address 住所: Home 自宅 718 WIMBLEDON London Phone 電話 000-0000-0000

Office 病院又は診療所 999 WIMBLEDON London Phone 電話 000-0000-0000

Date 日付 ○○○○.○○.○○ Signature 署名 ○○○○ ○○○○

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)  
診療録の番号

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

・治療開始日 20〇〇 年 4 月 1 日  
・ Starting date of medication Year 20〇〇 Month 4 Day 1

・患者  
(患者名) 信金 太郎  
(住所) 5 Grove End Road,ST john's Wood London NW5 6NH  
(生年月日) 1978 年 5 月 4 日

・ Patient  
(Name of patient) Taro Shinkin  
(Address) 5 Grove End Road,ST john's Wood London NW5 6NH  
(Date of birth) Year 1978 Month 5 Day 4

東京都信用金庫健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）は、東京都信用金庫健康保険組合の職員又は東京都信用金庫健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを東京都信用金庫健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Tokyoto Shinyoukinko Kenkouhoken Kumiai

I (patient who has received treatment) authorize Tokyoto Shinyoukinko Kenkouhoken Kumiai or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms. Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名欄  
Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) 信金 太郎  
(住所) 5 Grove End Road,ST john's Wood London NW5 6NH  
(日付) 1978 年 5 月 4 日

(患者との関係) 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [            ]  
※ 本同意書の有効期限は署名日から6カ月間です。

(Signature) Taro Shinkin  
(Address) 5 Grove End Road,ST john's Wood London NW5 6NH  
(Date) Year 1978 Month 5 Day 4

(Relation to the insured) Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other [            ]  
※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

## 移送費（本人・家族）

病気やケガのため移動が困難な患者が、医師の指示で一時的・緊急的の必要があり、移送された場合は移送費が現金給付として支給されます。診療を受けるための普通の通院費用は認められません。

### 支給要件

移送費の支給は、次のいずれにも該当すると保険者が認めた場合に行われます。

- (1) 移送の目的である療養が、保険診療として適切であること。
- (2) 患者が、療養の原因である病気・ケガにより移動が困難であること。
- (3) 緊急その他やむを得ないこと。

### 支給額

移送費の額は、最も経済的な通常の経路および方法により移送された場合の旅費に基づいて算定した額の範囲内での実費とされます。

なお、必要があつて医師、看護師等の付き添い人が同乗した場合のその人件費等は、「療養費」として支給されます。

### 提出書類 ※95・96頁参照

「移送費支給申請書」（医師の意見をうける）領収書を添付

## 健康保険 移送費 支給申請書

1 2

被保険者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号		
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
				<input type="checkbox"/> 平成	
				<input type="checkbox"/> 令和	
	住所	(〒 - )	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				
備考					

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者 (申請者)	氏名	住所 「被保険者情報」の住所と同じ
	代理人 (事業主)	住所 〒 氏名	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

### ※ 健保記入欄

※ 資格	得	昭和 平成 令和	年	月	日	係
	喪	令和	年	月	日	
	被扶養者認定年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	

被保険者の記号・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  
提出代行者名記載欄

受付日付印

東京都信用金庫健康保険組合

1/2

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者（氏名）		
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和	年	月 日 続柄（ ）
	傷病名			
	発病または負傷の原因			
	発病または負傷の年月日	令和	年	月 日
	移送経路			
	移送方法			
	移送年月日	令和	年	月 日
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有（氏名）・ <input type="checkbox"/> 無 〒 -		
	移送に要した費用の額	円		
第三者行為によるときはその事実				
第三者の氏名及びその住所	氏名 〒 -			

医師・歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由			
	付添を必要と認めた理由			
	移送経路			
	移送方法			
	移送年月日			
	上記のとおり相違ありません。	令和	年	月 日
	住所	〒 -		
医療機関名称				
医師または歯科医師の氏名	印			

## 病気やケガで休んだとき（本人）

### 傷病手当金

被保険者が業務外の病気やケガの療養のため仕事につくことができず、連続して3日以上休み、報酬が支払われないとき、4日目からその間の生活保障として傷病手当金が支給されます。

### 支給額

休業1日につき、直近12カ月間の標準報酬月額平均額の1/30の3分の2相当額が支給されます。

ただし、つぎの1～3に該当する場合は、傷病手当金の支給額が調整されることになります。

#### 1. 事業主から報酬を受けた場合

病気やケガで休んでも報酬を受けている場合は、傷病手当金は支給されません。ただし、報酬の一部を受けている場合で、その日額が傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額が傷病手当金として支給されます。

#### 2. 同一の傷病により障害厚生年金又は障害手当金が受けられる場合

同一の傷病により障害厚生年金を受けられるようになったときは、傷病手当金は支給されません。ただし、障害厚生年金の日額（同時に障害基礎年金を受けられるときはその合算日額）が傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額が傷病手当金として支給されます。また、厚生年金保険法による障害手当金を受けられる場合は、傷病手当金の額の合計額が、障害手当金の額に達する日まで支給されません。

#### 3. 老齢年金（老齢厚生年金、老齢基礎年金、退職共済年金等）を受給している場合

退職後、老齢年金（老齢厚生年金、老齢基礎年金、退職共済年金等）を受給している場合は、傷病手当金の支給が行われません。ただし、年金等の日額が傷病手当金の日額を下回るときは、その差額が傷病手当金として支給されます。

### 支給期間

同一の疾病または負傷およびそれが原因で生じた疾病に対して、支給開始日から通算して1年6カ月支給されます。傷病手当金が支給されるのは続けて3日以上休んだ場合で、次の4日目から支給されます。最初の3日間は「待期」といい、支給されません。

### 傷病手当金付加金

1日につき直近12カ月間の標準報酬月額平均額の1/30の2割が支給されます。ただし、被保険者の資格を喪失した場合は支給されません。また、傷病手当金が上記支給額の1～3に

健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

① (第 1 回)

該当した場合は、傷病手当金付加金も支給が行なわれないか、減額調整の対象になります。

※ 雇用保険の失業給付と傷病手当金

失業給付の支給を受けるということは、その支給期間について労働の意志および能力があると認められる状態にあることとなります。したがって、同じ期間について、労務不能を支給の要件としている健康保険の傷病手当金の支給を受けることは矛盾した結果となることから、健康保険の傷病手当金と雇用保険の失業給付を同時に受けることはできません。

資格喪失後の継続給付

資格喪失後も次の二つの要件を満たしていれば、支給開始日から通算して1年6カ月受けることができます。ただし、一時的に労務可能となった場合には、治療しているか否かを問わず、同一の疾病等により再び労務不能となっても傷病手当金の支給はできません。

- ① 被保険者資格を喪失した日の前日まで継続して被保険者期間が1年以上あること。ただし、任意継続被保険者期間は除きます。
- ② 資格を喪失した際、傷病手当金を受けていたか、受けられる状態にあったこと。この受けられる状態にあったこととは被保険者期間中に事業主報酬を受けていたり、出産手当金が支給されていたことによって支給停止となっていた場合です。

提出書類 ※99・100頁参照

「傷病手当金・傷病手当付加金請求書」(事業主の証明と医師の意見をうける) 出勤簿(写)、賃金台帳(写)等を添付。ケースによって添付書類を追加していただく場合もあります。

☆特に注意すべき点

- 記入すべき箇所はすべて記入してください。特に⑭、⑮、⑯の欄は調整にかかわる大事なところですので必ず記入してください。
- ⑪、⑰、⑳の期間と日数は一致します。ご確認ください。
- 請求月の賃金が無給であっても、数カ月前に通勤定期代が支給されている場合等があります。請求期間に係る場合は調整対象の報酬となりますので、⑱の欄に必ず記入して下さい。
- 医師の証明欄は当組合・事業所共に手を加える事が出来ません。万が一間違っていた場合は病院にて訂正いただく必要があります。

(記入については裏面をご覧ください)	② 被保険者の記号・番号	記号	54	③ 被保険者(請求者)の氏名	信金 太郎	
	④ 被保険者の請求住所	番号	1000	〒000-0000 練馬区〇〇1-1-1	電話番号 03 (0000) 0000	
	⑤ 事業所の名称	駿河台信用金庫		⑥ 被保険者の標準報酬月額 千円 410	⑦ 被保険者の業務の種類別	事務員
	⑧ 発病又は負傷の年月日	平成〇〇年 8月 1日	⑨ 傷病名	脳梗塞		
	⑩ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく	不詳				
	⑪ 発病又は負傷の療養をするため休んだ期間	令和〇〇年 8月 1日から 令和〇〇年 8月 31日まで	31日間	⑫ 第三者行為によるものですか はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>		
	⑬ (ア) うえの⑪に書いた期間の分として報酬を受けましたか、又は今後受けられますか	<input checked="" type="radio"/> 受けた・受けない		今後受ける・今後も受けない		
	(イ) 報酬支払を受けたとき、又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	令和〇〇年 4月 1日から 令和〇〇年 9月 30日まで	の分として	100,800円		
	⑭ (ア) 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 請求中	(イ) 障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名	(ウ) 基礎年金番号		
	⑮ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	はい・いいえ・請求中				
こ ろ	上記で「はい」又は「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください)		基礎年金番号	年金コード		
	支給開始年月日		年金額			
	平成 令和	年 月 日	円			
⑯ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 労災請求中					
上記で「はい」又は「労災請求中」と答えた場合、支給元又は請求先の労働基準監督署名を記入してください		支給(請求)労働基準監督署名 労働基準監督署				

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。		令和〇〇年 9月 7日
	被保険者(請求者)	住所	〒 練馬区〇〇1-1-1
		氏名	信金 太郎
	代理人(事業主)	住所	〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇 駿河台信用金庫
	氏名	理事長 〇〇 〇〇	

※	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)
	支給額	日額 日数 事業主報酬額
	法定	円×2/3 × 日 - = 円
	付加	円×2/10 × 日 - = 円

令和〇〇年 9月 7日提出  
受付日付印

※	資格	昭和 平成 令和	年 月 日	係	※ 処理区分 1 法定・付加 2 法定のみ 3 付加のみ
	喪	令和	年 月 日		

※ 記号・番号を記入した場合、備考欄への記入は不要です。  
備考欄に記入してください。  
(他人番号を記入した場合、本人確認等をするための添付書類が必要となります。)

東京都信用金庫健康保険組合

事業主が証明する欄	⑰ 労務に服さなかった期間	令和〇〇年8月1日から 令和〇〇年8月31日まで	31日間
	⑱ うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合	令和〇〇年4月1日から 令和〇〇年9月30日まで	金 100,800 円 の分として (月 日支払) (日額 円)
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金 円 の分として (月 日支払) (日額 円)
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金 円 の分として (月 日支払) (日額 円)
⑲ 現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨	令和〇〇年8月1日以降、上記通勤手当を除き、休職の為、給与は一切支給しない		
	うえのとおり相違ないことを証明します。 ⑳ 令和〇〇年9月7日		
	㉑ 事業所所在地 101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇 事業所名称 駿河台信用金庫 事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇 電話 03 ( 3333 ) 5678 番		

⑳ 患者氏名	信金 太郎		
㉒ 傷病名	脳梗塞		
㉔ 発病又は負傷の原因	不詳		
㉕ 発病又は負傷年月日	平成 令和 〇〇年 8月1日	㉖ 療養の給付を開始した年月日(初診日)	平成 令和 〇〇年 8月1日
㉗ 労務不能と認められた期間	令和〇〇年8月1日から 令和〇〇年8月31日まで	31日間	㉘ 左の期間中の診療実日数 3日間
㉙ ㉗の期間のうち入院した期間	令和〇〇年8月1日から 令和〇〇年8月31日まで	31日間	㉚ 療養費用の別 健保 公費 自費・その他 手術年月日 令和〇〇年3月15日
㉛ ㉗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)	令和〇〇年8月1日、頭痛、吐き気のため入院。MRIにて脳梗塞と認めた。 8月15日手術施行。現在リハビリ中。  症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見 現在も通院治療、リハビリが必要なため、労務不能である。		
㉜ うえのとおり相違ありません。	㉝ 令和〇〇年9月6日		
㉞ 医療機関所在地	品川区〇〇1-1-1		
㉞ 医療機関の名称	〇〇病院		
㉞ 医師の氏名	〇〇 〇〇		
	電話 00 ( 0000 ) 0000 番		

## 出産のため休んだとき (本人)

### 出産手当金

女性被保険者が出産のため会社を休み、事業主から報酬を受けられないとき、出産手当金が支給されます。

### 支給期間

出産(予定)の日以前42日(多胎妊娠98日)、出産の日の翌日以後56日までの範囲内で労務につかなかった期間について支給されます。妊娠4カ月以上(妊娠85日以上)であれば、生産、死産、流産、早産を問わず出産手当金の支給対象となります。

### 支給額

1日につき直近12カ月間の標準報酬月額平均額の1/30の3分の2相当額が支給されます。

### 報酬が一部受けられる場合

出産のため会社を休んでも報酬が受けられる場合は、出産手当金は支給されません。

ただし、報酬の一部が受けられる場合で、その額が出産手当金の額より少ないときは、その差額が出産手当金として支給されます。

### 提出書類

「出産手当金請求書」(事業主の証明と医師等の意見をうける)

出産のため休んだ期間中に報酬の一部を受けている場合は、当該期間を含む出勤簿(写)と賃金台帳(写)を添付してください。請求月の賃金が無給であっても、数カ月前に通勤定期代を支給している等で請求期間に係る場合は調整対象となりますのでご注意ください。

### 育児休業法に規定する育児休業をする場合

出産手当金の支給要件に該当すると認められる方については、育児休業中であっても出産手当金が支給されます。

### 資格喪失後の継続給付

資格喪失後も二つの要件を満たしていれば、出産手当金を受けることができます。

- ① 被保険者資格を喪失した日の前日まで継続して被保険者期間が1年以上あること。  
ただし、任意継続被保険者期間は除きます。
- ② 資格を喪失した際、出産手当金を受けていたか、受ける要件を満たしていること。この受ける要件を満たしていることとは退職が出産(予定)日の42日(多胎妊娠98日)以内であり、資格喪失日の前日に労務に服していないことです。



## 出産したとき（本人・家族）

### 出産育児一時金・家族出産育児一時金

被保険者または被扶養者が妊娠4カ月以上（妊娠85日以上）で出産したとき、出産育児一時金または家族出産育児一時金が支給されます。また、組合独自の給付として出産育児一時金付加金または家族出産育児一時金付加金が支給されます。

#### 支給額

	被保険者が出産したとき		家族（被扶養者）が出産したとき	
法定給付	出産育児一時金	500,000円	家族出産育児一時金	500,000円
付加給付	出産育児一時金付加金	35,000円	家族出産育児一時金付加金	35,000円

※ 給付金は一児ごとに支給されます。

※ 妊娠22週未満の出産の場合や、産科医療補償制度に加入していない医療機関で出産した場合は488,000円です。

### 出産費用の支払い方法

医療機関等により支払い方法が異なる場合がありますので、前もって確認のうえ手続きをする必要があります。

また、直接支払制度、受取代理制度を利用するかどうかは本人の選択によります。

#### （1）直接支払制度

医療機関等との間で直接支払制度を利用する契約を交わすことで、出産育児一時金の請求と受け取りを、被保険者に代わって医療機関が行う制度です。

出産育児一時金が、支払機関等を経由して医療機関等に支払われるため、退院時の自己負担が軽減されます。

直接支払制度を利用した場合の被保険者の自己負担は、

- ① 出産費用が500,000円より多かった場合は、超えた額を支払います。
- ② 出産費用が500,000円より少なかった場合は、自己負担はありません。後日、出産育児一時金付加金※と合わせて差額分を健康保険組合に請求してください。

※ 当組合では、付加給付として出産育児一時金付加金、35,000円を支給しています。直接支払制度を利用した場合でも、別途請求書を提出してください。

提出書類 ・「出産育児一時金・付加金請求書（兼内払金支払依頼書）」  
・出産費用の内訳が記載された領収・明細書（写）

#### （2）受取代理制度

被保険者または被扶養者（出産予定日まで2カ月以内の人）が出産する医療機関等を出産育児一時金の受取代理人として「受取代理申請書」を作成し、健康保険組合に出産前に申請することで出産育児一時金が、医療機関等へ直接支払われる制度です。

おもに、小規模施設での出産が対象です。

被保険者または被扶養者が該当する医療機関等において出産を予定している場合で、受取代理制度の利用を希望する被保険者は、出産育児一時金・付加金請求書（受取代理用）に必要事項（受取代理人となる医療機関等による記名及びその他の必要事項の記載を含む）を記載の上、事業所を通して健康保険組合に提出します。

受取代理制度を利用した場合の被保険者の自己負担は、

- ① 出産費用が535,000円※より多かった場合は、超えた額を支払います。
- ② 出産費用が535,000円※より少なかった場合、自己負担は無く、その請求額との差額が健康保険組合から被保険者へ支給されます。

※ 医療機関等が受取代理できる出産育児一時金は、法定給付500,000円と付加給付35,000円を含めた計535,000円が限度です。

提出書類 ・「出産育児一時金・付加金請求書（受取代理用）」

#### （3）両制度を利用しない場合

出産後、いったん出産費用を医療機関等の窓口で支払い、後日、健康保険組合に出産育児一時金・付加金を請求する方法です。

提出書類 ・「出産育児一時金・付加金請求書（兼内払金支払依頼書）」  
（医師、助産師の出産証明または市町村長の出生証明書等をうけてください）  
・出産費用の内訳が記載された領収・明細書（写）  
・直接支払制度不活用に関する文書（写）

### 資格喪失後の給付

資格喪失後も、次の二つの要件を満たせば出産育児一時金を受けることができます。

- ① 被保険者資格を喪失した日の前日まで継続して被保険者期間が1年以上あること。ただし、任意継続被保険者期間は除きます。
- ② 資格を喪失し6カ月以内に出産したとき  
（被扶養者の出産に対する家族出産育児一時金は支給されません）

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金請求書 (兼内払金支払依頼書)

被保険者が記入するところ	被保険者の記号・番号	記号	54	番号	1000	被保険者の氏名	信金 太郎				
	被保険者の住所	〒000-0000 練馬区〇〇1-1-1 (電話) 00 (0000) 0000									
	被保険者の勤務する事業所の名称	駿河台信用金庫		所在地 千代田区神田駿河台〇-〇-〇							
	被扶養者が出産の請求であるときは、その者の氏名	信金 花子		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生						
	出産した年月日	令和〇〇年5月7日		生産児数	1人	死産児数	0人	死産の時はその旨	該当せず	妊娠経過期間	カ月 週
	入院して出産した時はその病産院の名称	〇〇産婦人科医院		所在地 豊島区〇〇1-1-1							
	出生児の氏名	信金 二郎		被保険者と出生児の続柄	二男		出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある・ない		
	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由										
直接支払制度を利用したかどうか、どちらかに○をし、利用しない⇒医師・助産師又は区市町村長の証明が必要ありません。医療機関等から交付された出産費用の内訳が記載された領収・明細書(写)を添付してください。	利用した										
	利用しない		医師・助産師又は区市町村長の証明が必要です。医療機関等から交付される直接支払制度不活用に関する文書(写)と出産費用の領収・明細書(写)も添付してください。								

(裏面の注意事項をご覧ください)

直接支払制度を利用した場合、証明は不要

医師・助産師又は区市町村長が証明するところ	出産した年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 カ月 週)	
	出生児の数	単胎・多胎 ( 児 )	備考		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日				
	医療機関等の名称・所在地				
	医師・助産師名				
	電話 ( )				
本籍				筆頭者氏名	
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名		出生年月日	令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日					
区市町村長名					

東京都信用金庫健康保険組合

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和〇〇年5月17日				
	被保険者(請求者)	住所	練馬区〇〇1-1-1		
	氏名	信金 太郎			
	代理人(事業主)	住所	101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇		
		氏名	駿河台信用金庫 理事長 〇〇 〇〇		

※資格	得	平成 年 月 日	係
	喪	令和 年 月 日	
	格	被扶養者認定年月日	平成 年 月 日

※処理区分
1 法定給付・付加給付
2 法定(差額)・付加給付
3 付加給付のみ
4 法定給付のみ
5 法定(差額)のみ

令和〇〇年5月20日提出 受付日付印

※記号・番号を記入した場合、備考欄への記入は不要です。  
備考欄 被保険者の記号・番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記入してください。(個人番号を記入した場合、本人確認等するための添付書類が必要となります。)

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書 (受取代理用)

被保険者が記入するところ	被保険者の記号・番号	被保険者の氏名		生年月日		
	54-1000	信金 太郎		昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生		
	被保険者の住所	〒000-0000 練馬区〇〇1-1-1 (電話) 03 (0000) 0000				
	被保険者の勤務する事業所の名称	駿河台信用金庫		所在地 千代田区神田駿河台〇-〇-〇		
	被扶養者が出産するための請求であるときは、その者の氏名	信金 花子		昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生		
	出産予定日・数	〇〇年7月17日		単・多(胎)		
	出産を予定している医療機関等の名称	〇〇産婦人科医院		(電話) 03 (0000) 0000		
		〒所在地 豊島区〇〇1-1-1				
	申請者又は出産予定者が出産予定日から6カ月以内に健康保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規程により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6カ月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。					
	申請者本人の退職等により、健康保険の資格喪失後、6カ月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号	保険者名	記号		番号	
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6カ月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号	保険者名	記号		番号		

委任状の欄	本請求に基づく給付金(医療機関等が受領する金額を除く)に関する権限を代理人に委任します。 令和〇〇年5月10日				
	被保険者(請求人)	住所	練馬区〇〇1-1-1 氏名 信金 太郎		
	代理人(事業主)	住所	101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇 氏名 駿河台信用金庫 理事長 〇〇 〇〇		

東京都信用金庫健康保険組合

※資格	得	平成 年 月 日	係
	喪	令和 年 月 日	
	格	被扶養者認定年月日	平成 年 月 日

※処理区分及び内訳	
1. 法定給付・付加給付	
2. 法定給付のみ	
医療機関	円
法定給付	円
付加給付	円

受取代理人の欄 (医療機関等)	<p>申請者（ 信金 太郎 ）(以下「甲」という。)は、医療機関等である（ ○○産婦人科医院 ） (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。</p> <p>甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額（上限 <b>535,000円</b>）の受領に関すること。</p> <p>令和 ○○年 5月 7日</p> <p>甲の住所 練馬区○○1-1-1</p> <p>氏名 信金 太郎</p> <p>乙の所在地 豊島区○○1-1-1</p> <p>名称 ○○産婦人科医院</p> <p style="text-align: right;">電話 03（ 0000 ）0000</p>						
	受取代理人 (医療機関等)の 支払金融機関 (郵便局を除く)	信用金庫 ○○ 銀行	預金 種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号	○○○○○○○	口座 名義

(備考欄)

## ○受取代理を利用する方へ

### 【申請方法】

被保険者本人又はその被扶養者が受取代理制度を導入する医療機関において出産を予定している場合で、受取代理制度の利用を希望する被保険者は、出産育児一時金等請求書（受取代理用）に必要事項（受取代理人となる医療機関等による記名・押印及びその他の必要事項の記載を含む）を記載のうえ、事業所経由で健康保険組合に提出してください。

### 【支払方法】

1. 出産費請求額が535,000円以上の場合、医療機関等からの請求により健康保険組合が出産費用（535,000円）を支払い、535,000円を超えた分は被保険者が医療機関等に支払います。
2. 出産費請求額が535,000円未満の場合、医療機関等からの請求により健康保険組合が出産費用を支払いその請求額と535,000円の差額については事業所をとおして被保険者に支払います。

※ 医療機関等が受取代理できる出産育児一時金は、法定給付500,000円（加算対象外の出産は488,000円）と付加給付35,000円を含めた計535,000円（加算対象外の出産は523,000円）が限度です。

加算対象外の出産…妊娠22週未満の出産の場合や、産科医療補償制度に加入していない医療機関で出産した場合

※ 請求書の提出後に、被保険者が資格喪失した場合または受取代理人である医療機関等に変更があった場合は、速やかに給付課までご連絡ください。

## 死亡したとき（本人・家族）

### 埋葬料・埋葬費・家族埋葬料

被保険者が死亡したときは、葬儀を行った者との生計維持関係の有無により「埋葬料」または「埋葬費」のいずれかが支給されます。ただし、被保険者が業務上や通勤途中の事故で死亡した場合は、健康保険から埋葬料（費）は支給されません。

「埋葬料」の支給対象となるのは、被保険者により生計を維持されていた方で、被扶養者でなくてもよく、生計費の一部を維持されていた方も含まれます。

生計維持関係のない方が葬儀を行った場合は「埋葬費」の支給となり、埋葬料の額の範囲内で葬儀費用の実費が支給されます。

被扶養者が死亡したときは、一律で「家族埋葬料」が支給されます。

なお、当組合では埋葬料・家族埋葬料に加えて、付加給付金（埋葬料付加金・家族埋葬料付加金）が支給されます。

### 支給額

被保険者が死亡したとき

	法定給付	付加給付
埋葬料	50,000円	50,000円
埋葬費	埋葬料範囲内の実費	—

被扶養者が死亡したとき

	法定給付	付加給付
家族埋葬料	50,000円	50,000円

### 資格喪失後の給付

資格喪失後も、次の二つの要件を満たせば埋葬料（費）が支給されます。

- ① 資格喪失後3カ月以内に死亡したとき
- ② 傷病手当金・出産手当金の継続給付を受けている間または受けなくなって3カ月以内に死亡したとき

（被扶養者の死亡に対する家族埋葬料は支給されません）

なお、資格喪失後3カ月以内の死亡については、被保険者期間が1年以上なくても支給対象となります。

健康保険 <sup>被保険者</sup> <sub>家 族</sub> 埋葬料(費)・埋葬料付加金請求書

提出書類

- 「埋葬料(費)・埋葬料付加金請求書」(請求書に事業主の証明または死亡に関する証明書類が必要)
- 添付書類 ※別表参照

別表 添付書類

埋葬料(家族埋葬料) 被保険者(被扶養者)が亡くなり、被扶養者(被保険者)が請求する場合	添付書類なし
埋葬料 被保険者が亡くなり、被扶養者以外の被保険者に生計を維持されていた方が請求する場合(配偶者・両親・子等)	①戸籍(除籍)謄本 (被保険者と請求者の続柄など身分関係を確認できる書類) ②住民票 (被保険者と請求者が記載されているもの)
埋葬費 被保険者が亡くなり、被保険者により生計を維持されていた方がいないとき、実際に埋葬(葬儀)を行った方が請求する場合(兄弟姉妹等)	①戸籍(除籍)謄本等 (被保険者と請求者の続柄など身分関係を確認できる書類) ②住民票 (請求者が記載されているもの) ③葬儀にかかった費用の領収書・請求明細書 (請求者のフルネーム及び費用の詳細が記載されているもの)

- ※ 被扶養者であっても未成年が請求することはできません。
- ※ 被扶養者以外の被保険者により生計維持されていた方が請求する場合で、住居が別のときは定期的な仕送りの事実がわかる預金通帳や現金書留のコピーまたは亡くなった被保険者が請求者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書を添付してください。

(記入については裏面の注意事項をご覧ください)

被保険者の 記号・番号	記号	54	①被保険者 (請求者) の氏名	信金 太郎	
	番号	1000			
②被保険者 (請求者) の住所	〒000-0000 練馬区〇〇1-1-1				電話番号 03 (0000) 0000
	被保険者の勤務していた事業所又は勤務している事業所の名称	駿河台信用金庫			
	所在地	千代田区神田駿河台〇-〇-〇			
死亡した年月日	令和〇〇年 5月 10日	死亡原因	心不全		第三者の行為によるものですか いいえ・はい
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の被扶養者氏名	信金 一郎		生年月日 昭和 平成〇〇年〇〇月〇〇日 令和	被保険者との続柄 父	
被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の被保険者氏名			被保険者との請求者との関係	被保険者の標準報酬月額 千円	
	埋葬した年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額	円	
介護保健法の医療を受けていたとき					
保険者番号			備考		
被保険者番号					
保険者名称					

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	信金 一郎	死亡した者	被保険者 被扶養者	死亡した年月日	令和〇〇年 5月 10日 死亡
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和〇〇年 5月 16日					
事業主	住所	101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇		氏名	駿河台信用金庫 理事長 〇〇 〇〇	
				電話	03 (0000) 0000	

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和〇〇年 5月 16日					
	被保険者(請求者)	住所	練馬区〇〇1-1-1		氏名	信金 太郎
代理人(事業主)	住所	101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇-〇		氏名	駿河台信用金庫 理事長 〇〇 〇〇	

東京都信用金庫健康保険組合

※資格	得	昭和 平成 令和	年 月 日	係
	喪	令和	年 月 日	
	格	被扶養者認定年月日	昭和 平成 令和	年 月 日

- ※処理区分
- 埋葬料・付加金
  - 埋葬料(喪失後)
  - 埋葬費

令和〇〇年 5月 17日 提出

受付日付印

※ 記号・番号を記入した場合、備考欄への記入は不要です。  
備考欄 被保険者証の記号・番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記入してください。  
(個人番号を記入した場合、本人確認等をするための添付書類が必要となります。)



## 健康保険特定疾病療養受療証（本人・家族）

### （１）特定疾病にかかわる高額療養費の支給の特例

療養に要する期間が長く、一定の高額な治療を継続して受ける方々の負担の軽減を目的としています。

自己負担分のうち10,000円を超える部分については、医療機関ごとに高額療養費が現物給付として支給されます。また、人工透析患者で上位所得者（標準報酬月額53万円以上）については、20,000円を超える部分について支給されます。

つまり、患者は医療機関ごとに窓口で10,000円を、人工透析患者で上位所得者の場合は、20,000円を限度として負担すればよいことになっています。

なお、負担額の10,000円、または、人工透析患者で上位所得者の負担額20,000円は公費による医療費助成制度で補填される場合もあります。

### （２）健康保険特定疾病療養受療証の交付を受ける為の手続き

①②③何れかの医療を受けている。

対象

- ① 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全
- ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害、第Ⅸ因子障害
- 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ものに限る）

申請

「健康保険特定疾病療養受療証交付申請書」を健康保険組合に提出する。  
 ・受診医療機関で医師の意見欄に証明を受ける。  
 ・直接健康保険組合に提出しても、事業主を経由してもいずれでもよい。

受療証の交付

当組合では、申請書を受理した月の1日から有効の健康保険特定疾病療養受療証を交付する。

受診

「健康保険特定疾病療養受療証」を、健康保険被保険者証と共に受診医療機関に提示する。

※ 資格を喪失した場合、特定疾病に該当しなくなった場合、後期高齢者医療制度の該当者になった場合は、健康保険特定疾病療養受療証を速やかに健康保険組合に返納してください。

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書				
被保険者氏名 及び生年月日	信金 太郎 ○○年○○月○○日	被保険者の 記号及び番号	記号 54	番号 1000
認定対象者の 氏名	信金 花子	生年 月日	○○年○○月○○日	
認定対象者の 住所	〒000-0000 千代田区○○1-1-1			
疾病名	①人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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ものに限る)			
医師の 記入 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 <div style="text-align: right;">○○年○○月○○日</div> 名称 ○○病院 医療機関の 所在地 千代田区○○1-1-1  医師名 ○○ ○○			
上記のとおり申請します。 ○○年 4 月 1 日				
住所 千代田区○○1-1-1 被保険者 氏名 信金 太郎 東京都信用金庫健康保険組合理事長 殿				

受付	処理

\_\_\_\_\_  
受 付 日

<b>健康保険特定疾病療養受療証</b>											
年 月 日交付											
認定疾病名											
受診者	氏名及び生年月日	住所	記号	番号	昭平	年	月	日生	男	女	
被保険者	氏名及び生年月日				昭平	年	月	日生	男	女	
自己負担限度額											
発効期日											
保険者名及び印											

### 注 意 事 項

- 一 この証の交付を受けたときには、速く住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
- 二 この証によって認定疾病に係る保険診療を受ける場合は、窓口で支払う一部負担金等の額は、保険医療機関等又は保険薬局等ごとに一月月に表面に記載された自己負担限度額を最高限度とします。  
ただし、入院した場合には、食事療養又は生活療養に要する費用について、別途定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を求めることとなります。
- 三 保険医療機関等又は保険薬局等について認定疾病に係る保険診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください（保険医療機関等については、被保険者証に添えてください）。この場合には、その認定疾病に係る療養が終わるまで、この証は保管されて、療養が終わってから返付されます。
- 四 被保険者の資格がなくなつたとき又は被扶養者でなくなつたときは、五日以内この証を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
- 五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 六 表面の記載事項に変更があつた場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

## 「第三者行為」外部委託のお知らせ

当組合では、外傷性の傷病において医療機関等で保険診療を受けた方に対し、内容確認のため照会文書を送付しておりますが、更なる医療費適正化対策のために令和5年4月より確認作業関連を業務委託しております。

つきましては、委託業者（株式会社大正オーディット）より照会文書がご自宅に届く場合がございますので、その際は恐れ入りますが速やかにご返信いただきますよう、ご協力お願いいたします。

なお、内容照会の結果、第三者行為による外傷性疾患と判明した場合、委託業者よりその後の手続きについてご連絡させていただきます。業務災害や通勤災害につきましては、従前通りの対応となります。

**委託業者：株式会社大正オーディット**

〒158-0094 東京都世田谷区玉川2-21-1 二子玉川ライズ・オフィス7F

☎6805-6261

株式会社大正オーディットは、健康保険組合の支援業務を行う専門業者です。

この業務に於ける情報は、個人の重要な情報と位置づけ、常に個人情報保護に取り組み、正確、且つ安全に取り扱うよう努めています。

この内容照会により知り得た個人情報の取り扱いに関しては、他の目的には一切使用しないよう契約書を締結いたしました。

## 自動車事故等と保険診療（本人・家族）

### 1 第三者に係わる事故

健康保険は業務外の保険事故（負傷・疾病・死亡）について相互にこれを救済する制度ですが、その保険事故が第三者の故意又は過失による不法行為によって発生した場合、被保険者（被扶養者を含む）または第三者が不当に利益を受けることのないよう、当組合と被保険者及び第三者の間で調整を図る必要があります。

事故の例 } 自動車・オートバイ運転中・同乗中の事故、自転車の接触事故、スキー・スノーボード事故、他人の飼い犬に噛まれケガをした、ゴルフプレー中の事故、傷害事件等

このような事故であっても、業務外の事由によるものであれば、健康保険で治療を受けられます。

加害者がいる事故については、民法では次のように定めています。

民法第709条  
故意又は過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う。

### 2 第三者の不法行為による損害賠償請求権の代位取得

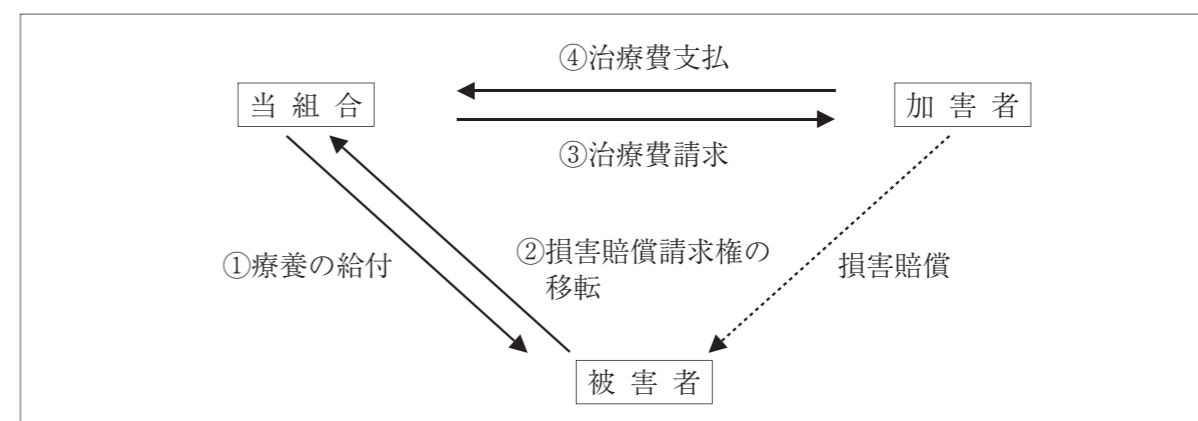
健康保険組合は第三者（加害者）の不法行為により、本来なら行う必要のない保険給付を行い、加害者が支払うべき治療費を一時立て替えたことによって損害を受けます。

当組合は、この損害を加害者に請求する権利を、法律上自動的に取得します。

健康保険法第57条  
1. 保険者(健康保険組合)は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合において、保険給付を行ったときは、その給付の価額（当該保険給付が療養の給付であるときは、当該療養の給付に要する費用の額から当該療養の給付に関し被保険者が負担しなければならない一部負担金に相当する額を控除した額。次条第1項において同じ。）の限度において、保険給付を受ける権利を有する者（当該給付事由が被保険者の被扶養者について生じた場合には、当該被扶養者を含む。次項において同じ。）が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。  
2. 前項の場合において、保険給付を受ける権利を有する者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、保険者は、その価額の限度において、保険給付を行う責めを免れる。

この請求権の移転理由は、被害者が健康保険で診療を受けるほかに、加害者から治療費について損害賠償を受けることになると、被害者の損害が二重に補填されることになるからです。

### 損害賠償請求権の代位取得



#### ※ 示談について

当事者間の話し合いで、治療費について示談または損害賠償権を放棄し、加害者から治療費の全部又は一部の損害賠償を既にかけていたとき、当然にその額を限度として保険給付が免責となるため保険給付は行われません。

### 3 第三者行為による傷病届の提出

第三者の不法行為による被害で保険診療を受けた場合は、必ず委託業者へ「第三者行為による傷病届」を早めに提出してください。

### 4 『第三者行為による傷病届』の提出による情報提供の同意

当組合が、加害者の加入する損害保険会社等へ損害賠償の請求を行うときに、被害者の診療報酬明細書（レセプト）および、これに準ずるもの等の写しを、賠償請求の立証資料として提出いたします。なお、請求先が加害者等の個人の場合には、診療報酬明細書（レセプト）および、これに準ずるもの等の写しは送付いたしません。

### 損害賠償請求権の消滅時効

自動車損害賠償保障法  
第七十五条  
保険会社に対する損害賠償額の請求権は五年を経過したときは時効により消滅する。  
第七百二十四条  
不法行為による損害賠償の請求権は、次に掲げる場合には、時効によって消滅する。  
一 被害者又はその法定代理人が、損害及び加害者を知った時から三年間行使しないとき。  
二 不法行為の時から二十年間行使しないとき。  
第七百二十四条の二  
人の生命又は身体を害する不法行為による損害賠償請求権の消滅時効についての前条第一号の規定の適用については、同号中「三年間」とあるのは、「五年間」とする。

※ 交通事故に遭われたら、自損事故・事故の加害者・事故の被害者にかかわらず当組合へ必ず連絡してください。

## 5 被害者になった場合の交通事故の事務手続き

### (1) 事故発生

被保険者または被扶養者が交通事故の被害者となる。

### (2) 確認・当組合へ連絡

- ① 加害者を確認する。(相手の氏名、車のナンバー、免許証、車検証、自賠・任意損害保険の加入の有無と証の確認)
- ② 警察に届出る(負傷した場合は、人身事故として処理する)。
- ③ 安易に示談して、損害賠償請求権を免除したり放棄しない。
- ④ 健康保険で治療を受ける場合は、当組合に必ず連絡する。
- ⑤ 事故に遭ったら必ず医師の診察を受ける。

### (3) 保険診療

被害者(被保険者・被扶養者)は、保険証を医療機関に提示して健康保険扱いで治療を受ける。

### (4) 委託業者へ書類提出

- ① 第三者行為による傷病届(委託業者より送付する)
- ② 交通事故証明書(自動車安全運転センター)
- ③ 診断書(写し)(受診した医療機関)
- ④ 念書兼同意書(委託業者より送付する)
- ⑤ 損害賠償金納付確約書・念書(加害者が任意保険に加入していない場合、治療費が自賠責保険の限度額120万円をこえた部分について、加害者が支払う)
- ⑥ その他(必要に応じて提出する)

### (5) 示談前に委託業者へ連絡

被害者(被保険者・被扶養者)の治療が終わり、示談する時期が来たら、被保険者はそのことを事前に委託業者に連絡する。

### (6) 求償

当組合は、加害者(自賠責保険・任意保険)に求償(請求)する。

※「第三者行為による傷病届」「事故発生状況報告書」「念書兼同意書」については、様式の変更がある場合があります。

## 第三者行為による傷病届

届出者	被保険者 記号番号	記号 ○○ 番号 ○○○○	被保険者氏名	信金太郎		
	現住所	〒101-1111 東京都千代田区神田駿河台○-○-○ TEL 03-1111-2222				
	勤務先事業所名 支店名	駿河台信用金庫 本店	所在地	〒101-1111 千代田区神田○-○-○ (勤め先) TEL 03-2222-3333		
被害者 (受診者)	氏名	信金花子 男 32歳 女	続柄	妻	住所 〒111-0000 世田谷区世田谷○-○-○ TEL 03-3333-4444	
	事故内容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・その他( )				
加害者 (第三者)	警察への届出有無	有: 人身事故 物損事故 ※注1 ( 千代田 警察署) 無: 理由( )				
	氏名	山岩昇一 男 56歳 女	住所	〒103-0000 品川区品川○-○-○ TEL 03-4444-5555		
	勤務先 又は職業	○○○○(株)	所在地	〒104-0000 江東区江東○-○-○ TEL 03-5555-6666		
加害者が不明の理由						
事故発生	〇〇年 4月 29日(○曜日)	午前 10時 30分 午後	発生場所	市 千代田 町 郡 村		
過失の度合	(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						
傷病が交通事故による任意保険	保険会社名	○○○○損害保険(株)	取扱店	〒103-0000 所在地 品川区○○○1-1-1 TEL 03-6666-7777		
	保険契約者名 (名義人)	山岩昇一	住所 (所在地)	〒103-0000 品川区品川○-○-○	保有者との関係 加害者との関係	本人
	自動車の種別	普通乗用	府県名	登録番号	品川500あ0000	車体番号
	自賠責証明書 番号	ABCD12345-XYZ	保険期間	自	〇〇年 4月 1日 至 〇〇年 3月 31日	
	自動車の 保有者名	山岩昇一	住所 (所在地)	〒103-0000 品川区品川○-○-○	加害者 との関係	本人
	保険会社名	○○○○海上保険(株)	取扱店 所在地	〒160-0000 新宿区○○○2-2-2 担当者名 山本 TEL 7777-8888		
保険契約者名	山岩昇一	住所 (所在地)	〒103-0000 品川区品川○-○-○			
契約証書番号	XXX-123456789-9	保険期間	自	〇〇年 4月 1日 至 〇〇年 3月 31日		
保険契約期間	〇〇年 4月 1日 ~ 〇〇年 3月 31日			任意一括について ※注2 (有)・無		

※注1 物損事故で処理した場合

別途「人身事故証明入手不能届」の提出を求める場合があります。

※注2 任意一括とは、自賠責保険だけでなく、任意保険会社に対応している場合です。

受付日付印



## 念書 兼 同意書

事故発生日 〇〇年 4 月 29 日

事故発生場所 千代田区神田駿河台 〇-〇-〇

受診者氏名 信金 花子

相手方氏名 山岩 昭一

- 上記の事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。
  - 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず事前に健康保険組合にその内容を申し出ること。
  - 治癒又は症状が固定（後遺症認定）した場合は、速やかにその内容を申し出ること。
  - 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
  - 相手方から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 上記事故に関して、私が健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法第57条の規定によって健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、賠償金を受領することに異議はありません。
- 上記に事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
  - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む）、診断書等）について保険会社等から提供を受けること。
  - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（診療報酬明細書の写し等）について保険会社等に対して提供すること。
  - 健康保険組合が医療機関等に診療情報の提供を求めること。
  - 保険会社等への請求の有無及び残額調査についても承諾すること。
  - この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

東京都信用金庫健康保険組合 理事長殿

〇〇年 5 月 31 日

被保険者 住所 千代田区神田駿河台 〇-〇-〇

氏名 信金 太郎

電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇



※本人が署名捺印できない時は、その理由書を添付し、届出者が代理人として署名捺印のうえ提出してください。この場合、署名欄の被保険者を代理人に朱字訂正してください。

## 業務上・通勤途中の事故（本人）

勤務中や出勤・帰宅途中にケガをした場合は、健康保険での治療は受けられません。

医療機関の窓口で勤務中または通勤途中のケガであることを伝えてください。

勤務先の担当者に申し出て「労災保険」の手続きを行ってください。

- |        |                                       |
|--------|---------------------------------------|
| 1 健康保険 | 業務外の保険事故（負傷・疾病・死亡・出産）に対する給付。          |
| 2 労災保険 | 業務災害または通勤災害による保険事故（負傷・疾病・傷害・死亡）に対する給付 |

### 1. 勤務中のケガ（業務災害）とは？

#### ①施設内で勤務中

- フロアのカーペットにつまずき転倒した際負ったケガ
- ATMにお金を入れる際に負ったケガ
- 金庫に書類を入れる際に負ったケガ

#### ②施設外で勤務中

- バイク等で営業活動移動中、スリップ転倒した際に負ったケガ
- 業務命令で参加した行事中に負ったケガ
- 自宅から直接出張先へ行く途中、または出張先から直接自宅へ帰る途中に負ったケガ

### 2. 通勤途中のケガ（通勤災害）とは？

- 自宅と勤務先の行き帰り途中に負ったケガ
- 自宅から直接他店舗の応援へ行く経路の途中、または他店舗から直接自宅へ帰る経路の途中に負ったケガ
- 通勤途中に自宅マンションの共有部分で転倒し負ったケガ
- 日常生活上の必要な行為（病院での受診、日用品の購入、子供の送迎）の後、通常の経路に戻ってから負ったケガ

#### 逸脱・中断

“通勤”の経路をそれたり（逸脱）、経路上で通勤と関係ない行為を行う（中断）と、その後におきたケガなどは通勤中とは認められません。

ただし、日用品の購入など日常生活に必要な行為をやむを得ず行う場合はその行為の間を除き、経路に戻ってからは通勤と認められます。

日常生活で必要な行為

日用品の購入、その他これに準ずる行為

病院・診療所に通院する

選挙権の行使、その他これに準ずる行為 等

## 負傷原因等の照会にご協力ください

当組合では、医療機関等からの請求内容について傷病名が外傷性の疾病（ケガ）の場合、負傷の発生原因や状況等について照会を行っております。（委託業者よりご自宅に送付）

これは、勤務中や通勤途中の労災に該当していないか、または、第三者の行為による事故ではないかを確認し、保険給付を適正に行うためです。

発行／**東京都信用金庫健康保険組合**

〒101-8312 千代田区神田駿河台2丁目9番2号

●総務課・会計課	(ダイヤルイン) 3293-3931	●健康管理センター 5280-0561
●保健施設課・企画広報課	3293-3932	医事課/健康管理課/看護科/ 健康相談科
●適用課・給付課	3293-3933	臨床検査科/医局 FAX 3293-3939

ホームページ <https://www.shinkinkenpo.or.jp>