

# — 記入例集 —

●次ページ以降に代表的な申請書の記入例を掲載しております。

(この記入例は、協会けんぽホームページより抜粋しております。)

●各種申請書は、ホームページよりダウンロードできます。

●申請書はすべて郵送でご提出いただけます。

## 記入例

届書コード		健康保険 被保険者証 再交付申請書										
2 4 2 0												
被 保 険 者 欄	1	被保険者証の 記号および番号	03010203-123									
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成 5 0 0 3 0 5									
	3	被保険者の氏名	ケンボ 健保					タロウ 太郎				
	4	性別	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女									
	5	被保険者の住所	郵便番号 105-0000 電話 03 (△△△△) △△△△ 東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション 101									
被保険者証の再交付について、次のとおり申請いたします。												
再 交 付 対 象 者 欄 ( <small>該当記号「ア」に○印</small> )	3	7	被保険者(本人)分	9	再交付の原因	被保険者番号 ※記入不要						
						滅失・き損・その他 0 0						
			6	被扶養者(家族)分 ※ 下記に被保険者証を再交付する被扶養者について記入してください。	7	被扶養者の生年月日	8	性別	9	再交付の原因	被扶養者番号 ※記入不要	
				健保 花子		昭和・平成 5 1 1 0 2 2		男・女 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 男		滅失・き損・その他		
			6	被扶養者の氏名	7	被扶養者の生年月日	8	性別	9	再交付の原因	被扶養者番号 ※記入不要	
					昭和・平成		男・女		滅失・き損・その他			
		6	被扶養者の氏名	7	被扶養者の生年月日	8	性別	9	再交付の原因	被扶養者番号 ※記入不要		
					昭和・平成		男・女		滅失・き損・その他			
	10	再交付の理由 外食した際、保険証の入った財布を置き忘れ、 行方が分からなくなった。										
任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。												
上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。												
事 業 主 欄	6	〒102-0000	7									
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	千代田区△△ 1-1 (株)協会商事 協会 五郎 03 (XXXX) XXXX										
受付日付印												
11 社会保険労務士の提出代行者名記載欄											⑩	

この申請書は被保険者証の再交付を申請する用紙です。高齢受給者証の再交付を申請する場合は、別途「高齢受給者証再交付申請書」を提出してください。

① 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

② 被保険者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

③ 被保険者の方の再交付を申請する場合は、「ア」を「○」で囲み、「9」欄の「再交付の原因」および「10」欄の「再交付の理由」を記入してください。

④ 被扶養者の方の再交付を申請する場合は、「イ」を「○」で囲み、「6」～「10」欄を記入してください。

⑤ 「滅失」した理由や「き損」した理由などをできるだけ詳しく記入してください。

⑥ 事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の方の再交付を申請する場合は、事業主を経由して申請することとなりますので、事業主欄の記入が必要です。

⑦ 事業主本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。

### 【提出先】

- ① 事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の方の被保険者証の再交付を申請する場合は、事業所を管轄する全国健康保険協会都道府県支部へ提出してください。
- ② 任意継続被保険者およびその被扶養者の方の被保険者証の再交付を申請する場合は、ご自宅の住所地を管轄する全国健康保険協会都道府県支部へ提出してください。
- ③ 郵送による提出もできます。

### 【この申請書に添付して提出するもの】

「き損」による再交付を申請する場合は、「き損」した被保険者証を必ず添付してください。

## 記入例

届書コード	健康保険 高齢受給者証 再交付申請書															
24C0																
被 保 険 者 欄	1	被保険者証の 記号および番号	03010203-123													
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成 130305													
	3	被保険者の氏名	(フリガナ) ケンボ					(カナ) タロウ								
	4	性別	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女													
	5	被保険者の住所	〒105-0000 東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション 101													
高齢受給者証の再交付について、次のとおり申請いたします。																
再 交 付 対 象 者 欄 (該 当 記 号 「ア」「イ」に ○印)	3	被保険者(本人)分								9	再交付の原因	被保険者番号 ※記入不要				
	ア								○	滅失・き損・その他	00					
	被扶養者(家族)分 ※ 下記に高齢受給者証を再交付する被扶養者について記入してください。															
	4	被扶養者の氏名	(氏名)		(氏名)		7		被扶養者の生年月日	8		性別	9		再交付の原因	被扶養者番号 ※記入不要
	イ	健保	花子		昭和		13		10	2		2	男・女	○		滅失・き損・その他
5	再交付の理由	外食した際、高齢受給者証の入った財布を置き忘れ、行方が分からなくなった。														
任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。																
上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。																
6	事業主欄	〒102-0000 千代田区△△ 1-1 (株)協会商事 協会 五郎 03(XXXX)XXXX									7	事業主 印				
社会保険労務士の提出代行者記載欄											11					

この申請書は高齢受給者証の再交付を申請する用紙です。被保険者証の再交付を申請する場合は、別途「被保険者証再交付申請書」を提出してください。

① 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

② 被保険者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

③ 被保険者の方の再交付を申請する場合は、「ア」を「○」で囲み、「9」欄の「再交付の原因」および「10」欄の「再交付の理由」を記入してください。

④ 被扶養者の方の再交付を申請する場合は、「イ」を「○」で囲み、「6」～「10」欄を記入してください。

⑤ 「滅失」した理由や「き損」した理由などをできるだけ詳しく記入してください。

⑥ 事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の方の再交付を申請する場合は、事業主を経由して申請することとなりますので、事業主欄の記入が必要です。

⑦ 事業主本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。

### 【提出先】

- ① 事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の方の高齢受給者証の再交付を申請する場合は、事業所を管轄する全国健康保険協会都道府県支部へ提出してください。
- ② 任意継続被保険者およびその被扶養者の方の高齢受給者証の再交付を申請する場合は、ご自宅の住所地を管轄する全国健康保険協会都道府県支部へ提出してください。
- ③ 郵送による提出もできます。

### 【この申請書に添付して提出するもの】

「き損」による再交付を申請する場合は、「き損」した高齢受給者証を必ず添付してください。

# 記入例

届書コード		健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書									
1	勤務していた時に使用していた被扶養者証の発行事務所支店名称	東京 支部									
2	勤務していた時に使用していた被扶養者証の記号および番号	0 3 0 1 0 2 0 3 - 1 2 3									
3	申出者の生年月日	昭和 平成 5 0 0 3 0 5									
4	申出者の氏名	ケンボ (フリガナ) 健保 (氏名) タロウ (名) 太郎									
5	性別	男・女									
6	申出者の住所	〒105-0000 トウキョウト ミナトク 〇〇 1-1 △△マンション 101 東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション 101									
7	電話番号	03 (XXX) XXXX									
8	被扶養者の有無	有・無 「有」を「○」で囲んだ場合は、下記の「健康保険 被扶養者届【資格取得時】」を記入してください。									
9	勤務していた事業所名称等	株式会社 協会商事									
10	勤務していた事業所所在地	東京都 千代田区 △△ 1-3									
11	資格喪失年月日(退職日の翌日)	平成 2 0 1 0 1 5									
12	保険料の納付方法	<input type="checkbox"/> 口座振替 (毎月納付のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 毎月納付 <input type="checkbox"/> 6ヵ月前納 <input type="checkbox"/> 12ヵ月前納 ※1 「口座振替」を希望される方は、別途「口座振替依頼書」の提出が必要になります。 ※2 「6ヵ月前納」および「12ヵ月前納」を希望された場合、資格取得年月日(上記11欄の日)の属する月の月末までに前納保険料を納付していただく必要があります。									

## 健康保険 被扶養者届【資格取得時】

・任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となられる方について記入してください。  
 ・資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(賃働)届」を提出してください。

13	14	15	16	17	18	19
被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	技術	職業	年間収入	同居別居の別
ケンボ ハナコ	平成 51 年 10 月 22 日	男		妻 主婦	0 万円	同居・別居
健保 花子	平成	女				
ケンボ ジロウ	昭和 1 年 1 月 1 日	男		子 〇〇大学 3年	0 万円	同居・別居
健保 次郎	平成	女				
	昭和 年 月 日	男			万円	同居・別居
	平成	女				

20 扶養に関する申立欄  
 ※ 添付書類が提出できない事情にある場合、その理由を記入してください。 上記の事実と相違ありません。 資格取得申出者氏名

21 配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入を記入してください。 万円 受付日付印

22 社会保険労務士の提出代行者名記載欄

この申出書は資格喪失の際、被保険者証の保険者が「全国健康保険協会 都道府県支部」であった方が申し出る用紙です。

① 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

② 申出者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。申出者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

③ 住所は、アパート名、棟室、番号まで記入してください。

④ 市外局番から記入してください。また、携帯電話の番号でも構いません。

⑤ 被扶養者がある場合は「有」を「○」で囲み、下記の「健康保険 被扶養者届【資格取得時】」に必要事項を記入してください。

⑥ 勤務していた時の事業所名称、事業所所在地、資格喪失年月日(退職日の翌日)を記入してください。

⑦ 退職日の翌日が任意継続被保険者の資格取得日になります。資格取得日の属する月から保険料納付が必要です。

⑧ 口座振替を希望する方は「口座振替」に☑をつけてください。また、口座振替ではなく、納付書にて納付を希望する方は、「毎月納付」「6ヵ月前納」「12ヵ月前納」のいずれか1つに☑をつけてください。  
 ※申請書【保険料の納付方法について】もご覧ください。

⑨ 被扶養者がある場合は、必要事項を記入してください。  
 ※添付書類が必要な場合があります。申請書の【扶養になる場合の範囲、収入要件、および被扶養者を届出する際の添付書類】をご覧ください。

⑩ 高校生以上の学生の方は、職業欄に在学中の学校名および学年(××高校2年、〇〇大学3年)を記入してください。

### 【任意継続被保険者になるためには】

- 任意継続被保険者になるためには、以下の条件が必要となります。
  - 退職日(資格喪失日の前日)までに継続して2ヵ月以上の被保険者期間があること。
  - 退職日の翌日から20日以内(20日目が土日・祝日の場合は翌営業日)に、ご自宅の住所地を管轄する当協会都道府県支部へ資格取得申出書を提出すること。

### 【提出期間】

- 退職日の翌日(資格喪失日)から20日以内(20日目が土日・祝日の場合は翌営業日)に提出してください。なお、やむを得ない正当な理由(天災地変、交通・通信関係のスト等)があると認められる場合は、この限りではありません。
- 郵送による提出もできます。20日以内に支部必着となるよう提出してください。

### 【被保険者証の発行について】

- 勤務していた事業所より資格喪失届が年金事務所に提出され、その手続きが完了した後、当協会都道府県支部において被保険者証を作成いたします。したがって、被保険者証がお手元に届くまでには多少時間を要する場合がありますので、予めご了承ください。

## 記入例

届書コード		健康保険 限度額適用認定申請書	
6 2 2 0			
被 保 者 欄	1 被保険者証 (健康保険被保険者手帳)の 記号および番号	0 3 0 1 0 2 0 3 - 1 2 3	
	2 被保険者の氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	
	3 被保険者の生年月日	昭和 平成 5 0 年 0 3 月 0 5 日	
	4 被保険者の住所	〒05-0000 東京都港区〇〇 1-1 △△マンション112	電話 03 (XXXX) XXXX
	5 4)の住所とは別のところに送付を希望する場合は、その送付先	〒102-0000 東京都千代田区△△ 1-1	電話 03 (□□□□) □□□□
6)の該当する口をチェック(☑)をつけて、以下必要な項目を記入してください。			
7 入院する方の氏名	ケンボ ハナコ 健保 花子	8 被保険者との続柄	妻
9 入院する方の生年月日	昭和 平成 5 1 年 1 0 月 2 2 日	10 性別	男・女
11 入院する方の住所	〒05-0000 東京都港区〇〇 1-1 △△マンション112	電話 03 (XXXX) XXXX	
12 入院予定期間	平成 21 年 7 月 ~ 平成 22 年 6 月		
13 事業主(申請代行)の氏名	ケンボ ハナコ		被保険者との関係
14 事業所(申請代行)の住所	〒05-0000 東京都港区〇〇 1-1 △△マンション112		
15 申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他( )		
16 社会保険労務士の提出代行者名記載欄			
平成 21 年 7 月 3 日			

○70歳以上の現役並み所得者・一般所得者の方は、「高齢受給者証」で入院時の窓口負担が自己負担限度額までとなりますので、この申請書の提出は不要です。

○市区町村民税が非課税などによる低所得者の方が入院時の窓口負担の軽減を受ける場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。

① 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

② 被保険者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

③ 被保険者の住所とは別のところに送付を希望する場合に、その送付先を記入してください。なお、記入の不備等により書類をお返しする場合もこの送付先にお送りしますので、十分注意してください。

④ 被保険者本人の入院による申請の場合は、被保険者本人に☑をつけて、「12」欄の「入院予定期間」のみを記入してください。被扶養者家族の入院による申請の場合は、被扶養者家族に☑をつけて、「7」～「12」欄を記入してください。

⑤ 入院予定期間を申請月から最長で1年間の範囲で記入してください。

⑥ 被保険者または入院する方以外の方が申請する場合に記入してください。なお、申請を代行された場合でも、認定証の送付等は「4」または「5」の送付先に送りますので、十分注意してください。また、「事業主(申請代行)の氏名」欄の押印を省略することはできません。

### 添付書類

入院される方の被保険者証の写しを添付してください。

### 支給要件等

#### ■ 70歳未満の方の入院における保険医療機関等窓口での負担の軽減

保険医療機関等の窓口において高額の医療費を支払った場合は、自己負担限度額を超えた分について、「高額療養費」として支給されます。しかし、70歳未満の方が入院する場合において、事前に「健康保険限度額適用認定申請書」を申請することにより発行される「健康保険限度額適用認定証」と被保険者証を併せて保険医療機関等窓口で提示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。

#### ■ 70歳未満の自己負担限度額

区 分	自己負担限度額	多数該当(※)
上位所得者(標準報酬月額53万円以上の方)	150,000円+[(医療費-500,000円)×1%]	83,400円
一般所得者	80,100円+[(医療費-267,000円)×1%]	44,400円

※ 診療月以前1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、多数該当となり4回目から自己負担限度額が軽減されます。

### 留意事項

- 「健康保険限度額適用認定証」は70歳未満の上位所得者・一般所得者の方の入院における保険医療機関等窓口での負担を軽減するためのものです。70歳以上の現役並み所得者・一般所得者の方は「高齢受給者証」で入院における保険医療機関等窓口での負担が自己負担限度額までとなりますので、この申請書の提出は不要です。また、市区町村民税が非課税などによる低所得者の方が入院における保険医療機関等窓口での負担の軽減を受ける場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。
- 「健康保険限度額適用認定証」による入院における保険医療機関等窓口での負担の軽減は、保険医療機関等ごとの取扱いになります。同一月で複数の保険医療機関等で入院されたり、外来で診療を受けたことによりそれぞれ21,000円以上の自己負担額があった場合は、「高額療養費支給申請書」を提出してください。
- 診療月以前1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、多数該当となり4回目から自己負担限度額が軽減されますが、「健康保険限度額適用認定証」による入院における保険医療機関等窓口での負担は、軽減前の自己負担限度額が適用される場合があります。この場合には「高額療養費支給申請書」を提出してください。
- 「健康保険限度額適用認定証」は、申請月の初日(健康保険加入月に申請された場合は資格取得日)から最長で1年間の範囲が有効期限となります。

# 限度額適用・標準負担額減額認定申請書記入例

届書コード 6 2 2 0		健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書		
被 保 険 者 欄	① 被保険者証 (健康保険被保険者手帳の 記号および番号)	0 3 0 1 0 2 0 3 - 1 2 3		
	2 被保険者の氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎		
	3 被保険者の生年月日	昭和・平成 5 0 0 3 0 5		
	4 被保険者の住所	郵便番号 1 0 5 - 0 0 0 0 電話 03 (XXXX) XXXX 東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション112		
	③ 「4」の住所とは別 送付を希望する 場合は、その先 住所	郵便番号 1 0 2 - 0 0 0 0 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 東京 千代田区△△ 1-1 冠名 (株)協会商事 〇〇 〇〇		
「6」の該当する口にチェック(☑)をつけて、以下必要な項目を記入してください。				
減 額 認 定 証 交 付 対 象 者 欄	④ 入院する方は被保険者本人 ですか、被扶養者家族です か。	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 → 下記「12」および「13」欄を記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者家族 → 下記「7」～「13」欄を記入してください。		
	7 入院する方の氏名	ケンボ ハナコ 健保 花子	8 被保険者との続柄	妻
	9 入院する方の生年月日	昭和・平成 5 1 1 0 2 2	10 住 別	男・女
	11 入院する方の住所	郵便番号 1 0 5 - 0 0 0 0 電話 03 (XXXX) XXXX 東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション112		
	12 入院予定期間	平成 21 年 3 月 ~ 平成 21 年 7 月		
⑤ 入院する方は、長期入院されましたか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※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です。			
「事業主(申請代行者)が記入するところ」は、被保険者および入院する方以外の方が申請する場合に記入してください。				
記 事 入 主 申 請 代 行 者 一 覧	⑦ 14 事業主(申請代行者)の氏名	被保険者との関係		
	15 事業所(申請代行者)の住所	郵便番号 電話 ( )		
	16 申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他 ( )		
<small>(※) 限度額適用・標準負担額減額認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、「1」欄の被保険者住所または「5」欄の送付を希望する住所となります。「15」欄の事業所(申請代行者)の住所には送付いたしませんので、十分注意してください。</small> 上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 平成 21 年 3 月 3 日				
		17	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

○この申請書は市区町村民税が非課税などによる低所得者の方の入院時の窓口負担を軽減するためのものです。

○70歳以上の現役並み所得者・一般所得者の方は、「高齢受給者証」で入院時の窓口負担が自己負担限度額までとなりま  
すので、この申請書の提出は不要です。

○70歳未満の上位所得者・一般所得者の方が入院時の窓口負担の軽減を受ける場合は、「健康保険限度額適用認定申請書」を提出してください。

① 被保険者証の記号・番号を左づ  
めで記入してください。

② 被保険者本人が氏名を署名した  
場合は、押印は不要です。被保険者  
以外の方が記入する場合は、押印を  
省略することはできません。

③ 被保険者の住所とは別のところ  
に送付を希望する場合に、その送付  
先を記入してください。なお、記入  
の不備等により書類をお返しする場  
合もこの送付先にお送りしますので、  
十分注意してください。

④ 被保険者本人の入院による申請  
の場合は、被保険者本人に☑をつけ  
て、「12」欄および「13」欄を  
記入してください。被扶養者家族の  
入院による申請の場合は、被扶養者  
家族に☑をつけて、「7」～「1  
3」欄を記入してください。

⑤ 入院予定期間を申請月から初め  
て到来する7月までの範囲で記入し  
てください。

⑥ 申請を行った月以前1年間で、  
市区町村民税が課されていない期間  
中の入院期間が90日を超える場合  
には、「はい」に☑をつけて、次  
ページの「18」、「19」欄を記  
入してください。

⑦ 被保険者または入院する方以外  
の方が申請する場合に記入してくだ  
さい。なお、申請を代行された場合  
でも、減額認定証の送付等は「4」  
または「5」の送付先に送りますの  
で、十分注意してください。また、  
「事業主(申請代行者)の氏名」欄  
の押印を省略することはできません。

## 添付書類

1. 市区町村民税が非課税の方は、申請書に市区町村長から非課税であることの証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を受けてください。
2. 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方は、「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」または、これらの写しに事業主、民生委員、福祉事務所長が原本証明されたものを添付してください。
3. 長期入院に該当される方は、入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収証など)を添付してください。

全国健康保険協会

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	18	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	92 日間	
		①	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成 20 年 8 月 6 日から 平成 20 年 9 月 26 日まで
	入院した保険医療機関等		名称 品川〇〇総合病院 所在地 東京都品川区△△ 1-1	
	19	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成 20 年 11 月 6 日から 平成 20 年 12 月 15 日まで	40 日間
入院した保険医療機関等		名称 品川〇〇総合病院 所在地 東京都品川区△△ 1-1		

(※) 入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている保険医療機関等の領収証など)を添付してください。

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。

証 明 す る と こ ろ が	20	当該被保険者は 20 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
		市区町村長名 港区長 ○○ ○○

(※) 4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を受けてください。

① 申請を行った月以前1年間で、市区町村民税が課されていない期間中の入院期間が90日を超える場合には、その入院期間を記入してください。この場合は、入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収証など)を添付してください。

② 市区町村民税が非課税の方は、当欄に市区町村長の証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。

## 支給要件等

### ■ 市区町村民税が非課税などの低所得者の方の入院における保険医療機関等窓口での負担の軽減

保険医療機関等の窓口において高額な医療費を支払った場合は、自己負担限度額を超えた分について、「高額療養費」として支給されます。しかし、市区町村民税が非課税などの低所得者の場合において、事前に「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を申請することにより発行される「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」と被保険者証を併せて保険医療機関等窓口で提示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。

#### ■ 低所得者について

##### ① 低所得者(70歳未満の方)

- 市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者
- 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その被扶養者

##### ② 低所得者Ⅰ(70歳以上の方)

- 被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者
- 低所得者Ⅰ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その被扶養者

##### ③ 低所得者Ⅱ(70歳以上の方)

- 市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者
- 低所得者Ⅱ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その被扶養者

#### ■ 入院時食事(生活)療養費にかかる標準負担額の減額

入院した場合の食事については、食事にかかる費用のうち一部負担(食事療養標準負担額といいます。)をすることで、食事の提供を受けることができます。また、市区町村民税が非課税などの低所得者の場合は、食事療養標準負担額が減額されます。「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」と被保険者証を併せて保険医療機関等窓口で提示することで、窓口での負担は減額された食事療養標準負担額までとなります。

また、65歳以上の方で、療養病床に入院する場合は、生活療養にかかる費用のうち一部負担(生活療養標準負担額といいます。)をすることで、食事や適切な療養環境の提供を受けることができます。また、市区町村民税が非課税などの低所得者の場合は、生活療養標準負担額が減額されます。「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」と被保険者証を併せて保険医療機関等窓口で提示することで、窓口での負担は減額された生活療養標準負担額までとなります。

#### ■ 低所得者の高額療養費の自己負担限度額および入院時食事(生活)療養費の標準負担額

区 分	高額療養費の自己負担限度額		入院時食事(生活)療養費の標準負担額			
	外来	外来+入院	入院時食事療養費(1食)	長期入院(※2)	食費(1食)	居住費(1日)
低所得者(70歳未満)		35,400円	24,600円	210円	160円	210円
低所得者Ⅰ(70歳以上)	8,000円	15,000円		100円		130円
低所得者Ⅱ(70歳以上)	8,000円	24,600円		210円	160円	210円

※1 診療月以前1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、多数該当となり4回目から自己負担限度額が軽減されます。

※2 申請を行った月以前の1年間で、90日を超えて入院されていた場合は、入院時食事療養費の標準負担額が減額されます。

※3 入院医療の必要性が高い方は、食費の負担は入院時食事療養費の標準負担額と同額に減額され、居住費の負担はなくなります。

## 留意事項

- 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」は低所得者の方の入院における保険医療機関等窓口での負担を軽減するためのものです。70歳以上の現役並み所得者・一般所得者の方は「高齢受給者証」で入院における保険医療機関等窓口での負担が自己負担限度額までとなりますので、この申請書の提出は不要です。また、70歳未満の上位所得者・一般所得者の方が、入院における保険医療機関等窓口での負担の軽減を受ける場合には、「健康保険限度額適用認定申請書」を提出してください。
- 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」による入院における保険医療機関等窓口での負担の軽減は、保険医療機関等ごとの取扱いになります。同一月で複数の保険医療機関等で入院されたり、外来で診療を受けたことにより自己負担額(70歳未満の方の場合、入院・外来それぞれの自己負担額が21,000円以上)があった場合には、「高額療養費支給申請書」を提出してください。
- 70歳未満の方の場合、診療月以前1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、多数該当となり4回目から自己負担限度額が軽減されますが、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」による入院における保険医療機関等窓口での負担は、軽減前の自己負担限度額が適用される場合があります。この場合には「高額療養費支給申請書」を提出してください。
- 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」は、申請月の初日(健康保険加入月に申請された場合は資格取得日)から最大で初めて到来する7月末日が有効期限となります。

# 高額療養費支給申請書記入例

届書コード	6	3	8
-------	---	---	---

被保険者 健康保険 被扶養者 高額療養費支給申請書(第4回目)(入院・通院)  
世帯合算

※支給決定まで、診療月後3ヵ月以上かかります。

① 被保険者証の記号・番号	03010203-123	② 被保険者の生年月日	平成5年03月05日	届書種別	08	受付年度	平成21年	通 番		Y-7			
② 被保険者(申請者)の氏名と印	ケンボ タロウ 健保 太郎	③ 事業所の名称	(株)協会商事	所在地	千代田区△△ 1-1	④ 被保険者(申請者)の住所	〒105-0000 東京都港区〇〇 1-1 △△マンション101 電話 03 (XXXX) XXXX	⑤ 70歳以上の方で過去1年間に次に掲げる事項に該当された方は、番号を「○」で囲んでください。 1 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定を受けている方 2 一部負担金の割合について、健康保険高給受給者基準収入額適用申請により変更となっている方					
⑥ 診療月	平成21年07月	⑦ 被扶養者の氏名	健保 花子	⑧ 被扶養者の生年月日	平成61年10月22日	⑨ 傷病名	心筋梗塞	⑩ 療養を受けた病院等の名称	千代田〇〇病院	⑪ 療養を受けた期間	21年7月1日から31日まで(31日間)	⑫ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)	145,829 円
⑬ 療養を受けた病院等の名称	品川〇〇総合病院	⑭ 療養を受けた期間	21年7月5日から6日まで(2日間)	⑮ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)	35,886 円	⑯ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)	3,800 円	⑰ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		⑱ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		⑲ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)	
⑳ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉑ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉒ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉓ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉔ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉕ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉖ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)	
㉗ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉘ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉙ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉚ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉛ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉜ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉝ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)	
㉞ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㉟ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊱ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊲ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊳ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊴ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊵ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)	
㊶ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊷ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊸ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊹ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊺ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊻ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊼ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)	
㊽ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊾ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)	

① 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

② 被保険者の氏名を記入してください。被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が申請する場合は、申請者の氏名を記入してください。④欄の住所も同様です。⑤の生年月日は被保険者が亡くなられた場合でも、被保険者の生年月日を記入してください。また、被保険者(申請者)本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

③ 申請は月単位です。診療月を記入してください。

④ ②欄~④欄は受診者別、同一月の医療機関別、入院・通院別に記入してください。

⑤ 傷病名が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は③の負傷原因欄を必ず記入してください。

⑥ ⑧欄は病院で支払った額のうち、保険診療分についてのみ記入してください。ただし、その金額が明確でないときは病院で支払った金額を( )内に記入してください。⑧欄において、「費用徴収の有無」が「有」の場合は、徴収された費用の額を⑧欄に記入してください。

⑦ ⑨欄は他の公的制度により医療費の自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうかについて「受けられる」、「受けられない」のいずれかを「○」で囲んでください。また、受けられる場合には、裏面の「留意事項」をご覧になって、必要事項を記入してください。

⑧ ②欄~④欄は、今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた(請求中を含む)場合に、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。また、限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)の使用について「有」、「無」のいずれかを「○」で囲んでください。

⑨ 市区町村民税が非課税の場合は、当欄に市区町村長の証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。

請求年月日	平成21年07月	区別	0:一般 1:非課税 2:生活保護	3:上位所得者 4:一定以上所得者	不支給理由	0:なし 1:あり	第三者行為	0:なし 1:あり
支給種別	1:多数該当(単独) 2:合算	3:多数該当(合算)	4:単独	貸付表示	0:なし 1:あり	貸付金額		
算定基礎	診療点数×10円	自己負担額	診療点数×10円					
支給決定額		円	支払方法	2:個人払い 3:その他				

⑨ 市区町村長が証明する欄  
市区町村長が証明する欄

※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を受けてください。



振込希望口座	①	金融機関	銀行	〇〇	〇〇	店・本店 支店・出張所
	②	金融機関コード	金庫	〇〇	〇〇	本店・支店 本店・支店
	③	口座番号	信連・信通連 農協・漁協	ケンポ	タロウ	
	④	口座名義	健康太郎			

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ㊦、㊧の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名および預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)を必ず記入してください。

③ 口座番号欄は左づめで、大きくはっきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入してください。

④ 口座名義の氏名、フリガナを大きくはっきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者(申請者)と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	⑤	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日
		住所 氏名
		代理人の氏名と印 (フリガナ) 委任者と代理人との関係 電話 ( )

⑤ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の㊦は必ず押印してください。(受取代理人の㊦は、被保険者の㊦と別の印鑑で押印してください。)

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

被験者記入欄	⑥	② 負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック(☑)してください。)
	⑦	⑧ 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。

1. だれがいつケガ(負傷)をしましたか。  
氏名 健康 花子  
平成 21 年 7 月 5 日 (日曜日)  
 午前  午後 8 時 30 分頃

2. ケガ(負傷)をした日は次のうちのどの日でしたか。  
 出勤日  休日(定休日・休暇含む)  
 その他 ( )

3. ケガ(負傷)をした日は次のうちのどの時間帯でしたか。  
 勤務時間中  通勤途中 (  出勤  退勤 )  
 出張中  私用  その他 ( )

4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。  
 会社内  道路上  自宅  
 その他 ( )

5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。  
 交通事故  暴力(ケンカ)  
 スポーツ中 (  観場の行事  観場の行事以外 )  
 動物による負傷 ( 飼い主  有  無 )  
 あてはまらない

6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。  
相手  有 →  あなたは被害者  
 あなたは加害者  
 無

7. 診察を受けた医療機関名とその期間等  
医療機関名 品川〇〇総合病院  
平成 21 年 7 月 ~ 平成 21 年 7 月  治癒  治癒中

8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。  
買い物に由り、駅からデパートへ向かう途中で転倒し、左肩を強打した。

9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合  
労災保険に特別加入していますが、  加入有  加入無

⑥ 傷病の原因が負傷(おんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、「負傷原因記入欄」に必要事項を記入してください。傷病の原因が病気の場合は記入不要です。

⑦ 負傷した原因が、第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。

⑧ 負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)記入してください。

### 1. 高額療養費について

1ヵ月の自己負担額が自己負担限度額を超えた場合に、超えた額が「高額療養費」として支給されます。

### 2. 高額療養費の「自己負担額」について

- ① 保険医療機関等の窓口で支払った保険診療にかかる自己負担額に限られます。個室料等の保険外負担額や、入院したときの食事療養費等の負担額は自己負担額には含まれません。
- ② 自己負担額は受診者別、医療機関別、医科・歯科別、入院・通院（通院の場合は調剤分との合算）別にそれぞれ算出されます（ただし、平成22年3月以前の療養については、旧総合病院では診療科別にそれぞれ算出されます）。それぞれに21,000円以上のもの（70歳以上の方は、受診者別、入院・通院別に全ての自己負担額）が合算の対象になります。

### 3. 世帯合算について

同一世帯で同一月に複数の自己負担額がある場合に、世帯で合算して自己負担限度額を超えたときは、超えた額が高額療養費として支給されます。なお、ここでいう世帯とは被保険者とその被扶養者のことをいいます。

### 4. 高額療養費の「自己負担限度額」について

自己負担限度額は、年齢や所得区分によって分かれます。

#### 【70歳未満の方の自己負担限度額】

所得区分	自己負担限度額	多数該当（※2）
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上)	150,000円 + (総医療費 - 500,000円) × 1%	83,400円
一般所得者	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
低所得者（※1）	35,400円	24,600円

#### ※1 低所得者

- 市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者
- 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その被扶養者  
(注) 低所得者の要件に該当した場合でも、上位所得者に該当する場合は、上位所得者の自己負担限度額が適用されます。

#### ※2 多数該当

診療月以前1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた（受けられる）場合は、4回目から自己負担限度額が軽減されます。

#### 【70歳以上の方の自己負担限度額】

所得区分	外来（個人単位）	外来+入院（世帯単位）
現役並み所得者（※1）	44,400円	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
一般所得者（※2）	24,600円	62,100円 <多数該当 44,400円>
低所得者Ⅱ（※3）	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ（※4）		15,000円

#### ※1 現役並み所得者

標準報酬月額が28万円以上であって、かつ年収が単身世帯の場合383万円以上、複数世帯（70歳以上75歳未満の被扶養者を対象）の場合520万円以上の方。ただし、被扶養者が後期高齢者（長寿）医療制度に加入したことにより、単身世帯となった場合に、その被扶養者であった方の収入と合わせて520万円未満であれば一般所得者となります。

#### ※2 一般所得者の自己負担限度額

平成20年4月から3年間は、外来（個人単位）は12,000円、外来+入院（世帯単位）は44,400円に据え置かれます。

#### ※3 低所得者Ⅱ

- 市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者
- 低所得者Ⅱ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その被扶養者

#### ※4 低所得者Ⅰ

- 被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者
- 低所得者Ⅰ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その被扶養者  
(注) 低所得者Ⅱまたは低所得者Ⅰの要件に該当した場合でも、現役並み所得者に該当する場合は、現役並み所得者の自己負担限度額が適用されます。

### ■計算例

70歳未満の被保険者で所得区分が一般、70歳未満の被扶養者がいる場合で、  
 ○被保険者・・・入院医療費 ①200,000円（自己負担額②60,000円）  
 ○被扶養者・・・通院（歯科）医療費③100,000円（自己負担額④30,000円）  
 ……通院（眼科）医療費⑤ 50,000円（自己負担額⑥15,000円）

自己負担額90,000円（②+④） - [80,100円 + (医療費300,000円（①+③） - 267,000円) × 1%] = 9,570円（高額療養費支給額）

※ 被扶養者の方の通院（眼科）は、自己負担額（⑥）が21,000円未満のため、合算の対象になりません。

## 留意事項

1. 申請書は診療月ごとに作成してください。
2. ②欄～④欄は70歳未満の被保険者、被扶養者に関して、同一月に医療機関別、入院・通院別に21,000円を超える自己負担が複数ある場合には、それぞれ記入してください。70歳以上の被保険者、被扶養者に関しては、同一月に医療機関別、入院・通院別にそれぞれ記入してください。
3. ⑤欄は他の公的制度により医療費の自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうかについて、「受けられる」「受けられない」のいずれかを「○」で囲み、受けられる場合は、次に掲げる制度のうち該当するものの記号（「その他」の場合は具体的な制度名）を記入してください。また、自己負担相当額の一部について費用徴収されたか否かについて、「有」「無」のいずれかを「○」で囲んでください。
  - ア. 「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による一般疾病医療費の支給
  - イ. 「児童福祉法」による育成医療の給付等
  - ウ. 「予防接種法」による医療費の支給
  - エ. 「障害者自立支援法」による自立支援医療の給付
  - オ. 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」による医療の給付
  - カ. 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」による医療の給付
  - キ. 「麻薬及び向精神薬取締法」による医療の給付
  - ク. 「母子保健法」による養育医療の給付等
  - ケ. 「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」による医療費の支給
  - コ. 「沖繩の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令」による医療費の支給
  - サ. 「身体障害者福祉法」の指定医療機関における医療の給付
  - シ. 「特定疾患治療研究事業」による医療の給付
  - ス. 「毒ガス障害者救済対策事業」による医療費の支給
  - セ. 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」による医療の給付
  - ソ. 「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給
  - タ. 「石綿による健康被害の救済に関する法律」の医療費の支給
  - チ. その他
4. 上記の制度により自己負担相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費は支給されません。
5. ⑤欄の費用徴収が「有」の場合は、徴収された費用の額を証明する領収書等を添付してください。

## 添付書類について

1. 市区町村民税が非課税の方は、申請書に市区町村長から非課税であることの証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を受けてください。
  - ※ 同一年度（8月から翌年7月までの間）内において、すでに非課税証明書を提出している場合は、同一年度内の申請に際して、非課税証明書の添付は不要です。
2. 生活保護を受けている方は、「保護開始決定通知書」もしくは「保護変更決定通知書」または、これらの写しに事業主、民生委員、福祉事務所長の原本証明を受けたものを添付してください。
3. 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方は、「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」または、これらの写しに事業主、民生委員、福祉事務所長の原本証明を受けたものを添付してください。
4. 療養費払に係る高額療養費の支給申請は、その療養費の支給申請と併せて行ってください。
  - ※ 健康保険が適用された柔道整復師、あんまマッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術で支払った自己負担相当額も該当します。
5. 被保険者が亡くなられ、ご遺族の方が請求する場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。

入院の場合には、事前に申請することで保険医療機関等での窓口負担が軽減されます。また、貸付制度もあります。

### ■ 入院時の窓口負担の軽減

- 70歳未満の上位所得者・一般所得者の方  
事前に「健康保険限度額適用認定申請書」を申請することにより発行される「健康保険限度額適用認定証」と被保険者証を併せて保険医療機関等窓口で提示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。
- 市区町村民税が非課税などによる低所得者の方  
事前に「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を申請することにより発行される「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」と被保険者証を併せて保険医療機関等窓口で提示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。
- ※ 70歳以上の上位所得者・一般所得者の方は「高齢受給者証」で入院時の窓口負担が自己負担限度額までとなります。

### ■ 高額療養費貸付制度

高額療養費は支給決定までに診療月後3ヵ月以上かかることから、その間の家計負担の軽減を目的として、無利子の貸付制度があります。詳しくは全国健康保険協会都道府県支部までお訊ねください。

# 療養費支給申請書記入例 (立替払等の場合)

届書コード	6	3	5
-------	---	---	---

健康保険 被保険者<sup>①</sup> 療養費支給申請書(第 回目)  
 家 族  
 (立替払等) 治療用装具、生血

② 被保険者証の記号・番号		④ 被保険者の生年月日		届書 種別	受付年度	通 番	グループ
030110203-123		500305		05 平成			
③ 被保険者 (申請者)の 氏名と印	ケンボ クロウ		事務所		名 称 (株)協会商亭		
	健保 太郎		所在地		千代田区△△ 1-1		
④ 被保険者 (申請者)の 住所	郵便 番号	〒105-0000		トウキョウト ミナトク OO 1-1 △△マンション101			
	東京 (都) 港区OO 1-1 △△マンション101		電話 03 (XXXX) XXXX				
④ 被扶養者の氏名 被扶養者に 関するときは、 その方の	健保 花子		⑤ 被扶養者の生年月日		⑥ 被保険者 との続柄		被扶養者 番号
	511022		妻				
⑦ 傷病名				⑧ 発病または負傷年月日 (発病開始日)			
感冒				201006			
⑤ ⑨ 発病 (負傷の場合は、右面⑨を記入してください) の原因および経過							
咳がひどく、発熱したため、受診した。							
⑩ ⑪ 第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <small>「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。</small>							
⑦ 診療を受けた病院等の 名称	品川〇〇総合病院		⑫ 所在地		⑬ 診療した医師の氏名		
	東京都品川区△△ 1-1		保険 五郎				
⑭ 診療の期間 (支給期間)		⑮ 入院・入院外の別		⑯ 入院の場合、左記の入院期間		⑰ 診療に要した費用の額	
自 201006 日数		①: 入院外		自 日数		5,300 円	
至 201006 1日		2: 入院		至 日数			
⑱ 診療の内容				⑲ ⑲ 療養の給付を受けることができなかった理由			
点滴を受け、薬を処方された。				入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため。			
備考							
請求年月日	届出年月日	申請区分			参照要否	回数	初診日
7		1: 証交付前の受診 2: 証持参で受診 3: 治療用装具			0: 行わない	7	
同意日		同意区分	支給日数	不支給理由	海外表示	第三者	98条該当
7		0: 初回			0: 国内	0: なし	0: 非該当
		1: 再同意			1: 海外	1: あり	1: 該当
診療費用		診療支給額	食事回数	食事療養費	食事負担額	支払方法	受取人住所区分
円		円		円	円	2: 個人払い	0: 本人
						3: その他	1: 代理人

① 被保険者の療養による申請の場合は「被保険者」に○をしてください。被扶養者の療養による申請の場合は「家族」に○をしてください。

② 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

③ 被保険者の氏名を記入してください。被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が請求する場合は、請求者の氏名を記入してください。④欄の住所も同様です。④の生年月日は被保険者が亡くなられた場合でも、被保険者の生年月日を記入してください。また、被保険者(申請者)本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

④ 被扶養者の療養による申請の場合は、その被扶養者の氏名、生年月日および被保険者との続柄を記入してください。

⑤ 傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、⑨の負傷原因欄を必ず記入してください。

⑩ ⑪の欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。(「第三者行為による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回申請時のみの提出となります。二回目以降の申請の際は提出不要です。)

⑬ 診療を受けた病院等の名称、所在地、診療した医師氏名を記入してください。なお、処方箋により薬局で調剤された薬剤を受けた場合は、その薬局の名称、所在地、薬剤師氏名も併せて記入してください。なお、医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。

⑲ やむを得ない事情により自費で受診した理由を記入してください。

※ 無医村域において、医師の診療を受けることが困難で、応急措置として緊急に売薬を服用した場合の療養費の申請であるときは、⑲～㉑欄をそのように読み替えて記入してください。

# 療養費支給申請書記入例（治療用装具の場合）

届書コード		
6	3	5

健康保険 **被保険者** ① 療養費支給申請書(第 回目)  
 家 族  
 (立替払等、**治療用装具**、生血)

② 被保険者証の記号・番号		③ 被保険者の生年月日		届書 種別	受付年度	通 番	グループ
0:3:0:1:0:2:0:3-1:2:3		5:0 0:3 0:5		0:5 平成			
③ 被保険者(申請者)の氏名と印 ケンボ タロウ 健保 太郎		④ 事業所の所在地 トウキョウト ミナトク 〇〇 1-1 ΔΔマンション101		名称 (株)協会商事			
③ 被保険者(申請者)の住所 〒番号 1:0:5-0:0:0:0 東京 港区 〇〇 1-1 ΔΔマンション101		④ 被扶養者の氏名		④ 被扶養者の生年月日		④ 被保険者との続柄	
④ 被扶養者が被扶養者に関するときは、その方の		昭和 平成					
④ 傷病名		④ 発病または負傷年月日(徴収開始日)					
右膝関節靭帯損傷		2 1 0 1 0 3					
⑤ 傷病(負傷の場合は、右面〇を記入してください)の原因および経過		⑥ 第三者の行為によるものですか					
テニスをしている際に転倒し、負傷した。		□ はい □ いいえ		「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。			
⑦ 診療を受けた病院等の名称		⑦ 所在地		⑦ 診療した医師の氏名			
品川〇〇総合病院		東京都品川区ΔΔ 1-1		保険 五郎			
⑧ 診療の期間(支給期間)		⑧ 入院・入院外の別		⑧ 入院の場合、左記の入院期間		⑧ 診療に要した費用の額	
2 1 0 1 0 3 日数		①:入院外 2:入院		25,000 円			
⑨ 診療の内容		⑨ 療養の給付を受けることができなかった理由					
右膝用装具の装着		治療用装具作成のため。					
⑨ 備考							
請求年月日		届書と届コード		申請区分		参照要否	
7 年 月 日		1:証交付前の受診 2:立替払できず 3:治療用装具		0:行わない		回数	
		4:柔道整復 7:その他立替払 8:伝染病 9:生血		1:行う		7	
同意日		同意区分		支給日数		不支給理由	
7 年 月 日		0:初回 1:再同意		0:国内 1:海外		第三者 0:なし 1:あり	
診療費用		診療支給額		食事回数		食事療養費	
円		円		円		円	
						98条該当	
						0:非該当 1:該当	
						0:本人 1:代理人	

① 被保険者の療養による申請の場合は「被保険者」に○をしてください。被扶養者の療養による申請の場合は「家族」に○をしてください。

② 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

③ 被保険者の氏名を記入してください。被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が請求する場合は、請求者の氏名を記入してください。④欄の住所も同様です。④の生年月日は被保険者が亡くなられた場合でも、被保険者の生年月日を記入してください。また、被保険者(申請者)本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

④ 被扶養者の療養による申請の場合は、その被扶養者の氏名、生年月日および被保険者との続柄を記入してください。

⑤ 傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、⑥の負傷原因欄を必ず記入してください。

⑥ ②の欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。(「第三者行為による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回申請時のみの提出となります。二回目以降の申請の際は提出不要です。)

⑦ 診療を受けた病院等の名称、所在地、診療した医師氏名を記入してください。なお、医師氏名が不明の場合は空欄としてください。

⑧ 治療用装具作成に要した費用の額を記入してください。

⑨ 小児弱視等の治療用眼鏡等の更新の場合は、備考欄に更新前の装着年月日および療養費支給申請した保険者名(全国健康保険協会支部名、健康保険組合名)を記入してください。

裏面に振込希望口座記入例、添付書類について案内があります。

振 込 希 望 口 座	①	1 金融機関	②	銀行	③	店・本店 支店 出張所
		金融機関コード	〇 〇	金庫	〇 〇	
				信組		
				信連・信漁連		本所・支所 本店・支店
				農協・漁協		
	②	預金種別 1:普通 2:当座 3:別段 4:特約 5:貯蓄	③	口座番号	④	(フリガナ) ケンポ タロウ 口座名義 健保太郎
				1 2 3 4 5 6 7		

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ③、④の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名および預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)を必ず記入してください。

③ 口座番号欄は左づめで、大きくはっきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入してください。

④ 口座名義の氏名、フリガナを大きくはっきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者(申請者)と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑤	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	平成 年 月 日
		住所 被保険者(申請者) 氏名	⑥
	代理人の氏名と印 (フリガナ)	委任者と代理人との関係	⑦
	代理人の住所	電話 ( ) ( )	

⑤ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の⑥は必ず押印してください。(受取代理人の⑥は、被保険者の⑥と別の印鑑で押印してください。)

⑥ 傷病の原因が自傷(おんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、「負傷原因記入欄」に必要事項を記入してください。傷病の原因が病気の場合は記入不要です。

⑦ 負傷した原因が、第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。

⑧ 負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)記入してください。

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

被 傷 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑥	⑥の負傷の原因について記入してください。(該当する口にチェック(☑)してください。)	[受診した医療機関]
	1. いつケガ(負傷)をしましたか。 平成21年1月3日(土曜日)		7. 診察を受けた医療機関名とその期間等 医療機関名 品川〇〇総合病院 平成21年1月～平成21年1月 ☐治療 ☑治療中
	2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 ☐午前 ☑午後 2時30分頃		医療機関名 平成 年 月～平成 年 月 ☐治療 ☐治療中
	3. ケガ(負傷)をした時は次のうちの時間帯でしたか。 ☐通勤時間中 ☐通塾途中(☐出勤 ☐退塾) ☐出張中 ☑私用 ☐その他( )		⑧ 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。 友人とテニスをしている際に足をくじ転倒した。
	4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 ☐会社内 ☐道路上 ☐自宅 ☑その他(公園(テニスコート))		9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 ☐加入有 ☐加入無
	5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 ☐交通事故 ☐暴力(ケンカ) ☑スポーツ中(☐職場の行事 ☑職場の行事以外) ☐動物による負傷(飼い主 ☐有 ☐無) ☐あてはまらない		
	6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 ☐有 → ☐あなたは被害者 ☐あなたは加害者 ☑無		
	※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。		

社会保険労務士の 提出代行者印	⑨	平成21年1月27日提出 受付日印
--------------------	---	----------------------

## 添付書類について

療養費の種類により添付書類が異なります。下記をご確認のうえ提出してください。

療養費の種類	添付書類
立替払等	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 診療明細書 医療機関等で発行された診療明細書を添付してください。</li> <li>■ 領収（明細）書 診療に要した費用額が記載された領収（明細）書の原本を添付してください。 【海外で診療を受けた場合】</li> <li>■ 「診療内容明細書」および「領収明細書」 海外の病院等で発行された「診療内容明細書」および「領収明細書」の原本を添付してください。 なお、これらの明細書が外国語で記載されている場合は、「翻訳文」を添付してください。（翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。）</li> </ul>
治療用装具	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医師の「意見および装具装着証明書」等                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 申請書裏面の「意見および装具装着証明書」に医師から記入・証明を受けるか、別に医療機関等が発行した「医師の意見書（同意書・証明書）および装具装着証明書」を添付してください。</li> <li>○ 弾性着衣等の場合は、申請書裏面の「弾性着衣等装着指示書」に医師から記入・証明を受けるか、別に医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」を添付してください。</li> <li>○ 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」を添付してください。</li> </ul> </li> <li>■ 領収書 装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳の費用額が記載された領収書の原本を添付してください。</li> <li>■ 検査書（小児弱視等の治療用眼鏡等の場合） 「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果の写しを添付してください。</li> </ul>
生 血	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 輸血証明書 輸血を必要と認めた医師の証明書（輸血の回数が明記されているもの）を添付してください。</li> <li>■ 領収書 血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の内訳が記載された領収書の原本を添付してください。</li> </ul>

## 療養費の支給要件等

### ■ 療養費の支給要件

健康保険では、保険医療機関等の窓口で被保険者証を提示すれば、一定割合の自己負担金で診察や治療を受けたり、薬剤の提供を受けたりすることができます。しかし、やむを得ない事情により自費で受診したときなどは、その費用のうち保険者がやむを得ないと認めた分については、療養費として後から払い戻されます。

### ■ 療養費が支給される場合

- 就職後に、被保険者証の交付を受ける前に傷病にかかり、被保険者資格があることを証明できないため、自費で治療を受けたとき
- 近くに保険医療機関がなく、緊急を要するためやむを得ず保険医療機関でない医療機関で治療を受けたときなど保険者がやむを得ない理由があったと認めたとき
- 医師の指示により、コルセット、関節固定器や義手、義足、義眼などの治療のため必要な装具を購入、装着したとき
- 9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを購入したとき
- 生血液の輸血を受けたとき
- 海外で診療を受けたとき など

### ■ 療養費の支給額

保険者が健康保険の基準で計算した額（実際に支払った額を超える場合は、実際に支払った額）から、その額の一部負担割合を乗じた額を差し引いた額が療養費として支給されます。

# 傷病手当金支給申請書記入例

届出コード  
6 3 1

## 健康保険傷病手当金支給申請書 (第 1 回)

① 被保険者証の記号・番号		② 被保険者の生年月日		③ 受付年度		④ 通 番		⑤ Y-1-1	
0300203-1123		50030501		平成 20 年 10 月		0000		0000	
⑥ 被保険者(申請者)の氏名		⑦ 被保険者の住所		⑧ 被保険者の職名		⑨ あなたの氏名		⑩ あなたの職名	
ケンボ タロウ		〒105-0000 東京都港区		1-1 △△マンション101		健保太郎		経理担当事務	
⑪ 傷病名		⑫ 発病時の状況		⑬ 療養のため休んだ期間		⑭ 上記⑬の期間(申請期間)の報酬を受けましたか		⑮ 上記⑬の期間(申請期間)の報酬を受けましたか	
鎖骨骨折		10月5日に私用で買い物に外出中、道路で転倒し、左肩を強打した。		平成 20 年 10 月 6 日から 19 日間		<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後も受けない		平成 20 年 10 月 6 日から 平成 20 年 10 月 10 日まで 〇〇〇〇 円	
⑯ 障害厚生年金、または「障害手当金」を受給していますか		⑰ 上記⑯で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名を記入してください。		⑱ 基礎年金番号		⑲ 年金コード		⑳ 支給開始年月日	
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金									
㉑ 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		㉒ 上記㉑で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。		㉓ 基礎年金番号		㉔ 年金コード		㉕ 支給開始年月日	
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中		支給(請求) 労働基準監督署名 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇							
㉖ 介護保険法のサービスを受けたとき		① 介護保険法のサービスを受けたとき		② 介護保険法のサービスを受けたとき		③ 介護保険法のサービスを受けたとき		④ 介護保険法のサービスを受けたとき	

① 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

② 被保険者の氏名を記入してください。被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が申請する場合は、申請者の氏名を記入してください。④欄の住所も同様です。④の生年月日は被保険者が亡くなられた場合でも、被保険者の生年月日を記入してください。また、被保険者(申請者)本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

③ 事務員、工具等と記入することなく、「経理担当事務」、「自動車組立」、「プログラマー」等具体的に記入してください。

④ 日時、場所、何をしていたとき等、具体的に記入してください。なお、傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、②の負傷原因欄を必ず記入してください。(初回申請のみ)

⑤ ④の欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。(「第三者行為による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回申請時のみの提出となります。二回目以降の申請の際は提出不要です。)

⑥ 療養のため労務に服することができなかった期間とその日数(公休日を含む)を記入してください。

### 添付書類について

- 初回申請時には、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しを添付してください。
- 障害厚生年金の給付を受けている方は、「障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し」および「障害厚生年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の写し」を添付してください。
- 老齢退職年金の給付を受けている方は、「老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し」および「老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の写し」を添付してください。
- 労災保険から休業補償給付を受けている方は、「休業補償給付支給決定通知書の写し」を添付してください。
- 第三者による傷病の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。
- 被保険者が亡くなられ、ご遺族の方が請求する場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。
- 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)



振込希望口座	① 金融機関	② 金融機関コード	③ 銀行 金庫 信組	店・本 支店 出張所
	※		信連・信濃連 農協・漁協	本所・支所 本店・支店
口座	② 預金種別 1:普通 2:通知 3:当座 4:貯蓄 5:別段	③ 口座番号 1 2 3 4 5 6 7	④ 口座名義 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保太郎	

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ③、④の間は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等および預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)を必ず記入してください。

③ 口座番号欄は左づめで、大きくはつきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入してください。

④ 口座名義の氏名、フリガナを大きくはつきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者(申請者)と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	⑤ 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	住所 氏名	⑥
	代理人の氏名と印 (フリガナ)	委任者と代理人との関係 ⑦	
	代理人の住所 (〒 - )	電話 ( )	

⑤ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要な事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の⑥は必ず押印してください。(受取代理人の⑥は、被保険者の⑥と別の印鑑で押印してください。)

⑥ 傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、「負傷原因記入欄」に必要な事項を記入してください。傷病の原因が病気の場合は記入不要です。

⑦ 負傷した原因が、第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。

⑧ 負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)記入してください。

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

被保険者が記入する	⑧ ⑨の負傷の原因について記入してください。(該当する口にチェック(☑)してください。)	[受診した医療機関]
	1. いつケガ(負傷)をしましたか。 平成20年10月5日(日曜日) <input type="checkbox"/> 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 8時30分頃	7. 診察を受けた医療機関名とその期間等 医療機関名 品川〇〇総合病院 平成20年10月～平成20年10月 <input checked="" type="checkbox"/> 治療・ <input type="checkbox"/> 治療中
記入する	2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・ <input checked="" type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他( )	医療機関名 平成 年 月～平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治療・ <input type="checkbox"/> 治療中
	3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・ <input type="checkbox"/> 通勤途中( <input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中・ <input checked="" type="checkbox"/> 私用・ <input type="checkbox"/> その他( )	8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。 日曜日に買い物に由かけ、駅からデパートへ向かう途中に転倒し、左肩を強打した。
記入する	4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 <input type="checkbox"/> 会社内・ <input checked="" type="checkbox"/> 道路上・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )	9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> 加入有・ <input type="checkbox"/> 加入無
	5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中( <input type="checkbox"/> 観場の行事・ <input type="checkbox"/> 観場の行事以外) <input type="checkbox"/> 器物による負傷(倒れ主 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> あてはまらない	
記入する	6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者	
※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。		

社会保険労務士の  
提出代行者印

平成20年11月21日印刷

裏面に傷病手当金の支給要件等について案内があります。

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

② 勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)

20年10月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
				△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△

③ 給与の種類(○で囲んでください) ④ 賃金計算

月給	日給	日給月給	給日	末
				日
時間給	歩合給	その他	支払日	日
			11月	16日

⑤ 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。  
欠勤控除額 300,000円 ÷ 30日 × 9日 = 90,000円

区分	単価	10月1日	月日	月日
		～10月31日分	～月日分	～月日分
支給した賃金内訳		支給額	支給額	支給額
基本給	300,000	210,000		
通勤手当	20,000	20,000		
住居手当				
扶養手当				
手当				
手当				
現物給与				
計	320,000	230,000		

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 20 年 11 月 20 日 担当者氏名 ○ ○ ○ ○

事業所所在地 東京都千代田区△△ 1-1  
事業所名称 (株)協会商事  
事業主氏名 協会 三郎 事業主印 電話 03 (0000) 0000

「初回申請分」には、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

① お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄で提出してください。

＜事業主の方へ＞

- ② 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は◇で、欠勤の場合は/で表示してください。
- ③ 給与の種類について、該当する給与の種類を○で囲んでください。
- ④ 賃金計算の締日および賃金の支払日を記入してください。
- ⑤ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況について記入してください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法を記入してください。

※ 「初回申請分」には、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議録の写しを添付してください。

⑥ 療養担当者(医師等)に証明を受けてください。

＜療養担当者の方へ＞

- ⑦ 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次記入してください。
- ⑧ 左の傷病名について、その傷病の初診の日を記入してください。
- ⑨ 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数を記入してください。また、証明日以前の期間を記入してください。
- ⑩ 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しく記入してください。

⑥ 患者氏名 健保 太郎

⑦ 傷病名 (1) 鎖骨骨折 ⑧ 療養の始期(初診日) (1) 20年 10月 5日

発病または負傷の年月日 平成 20 年 10 月 5 日 ⑨ 労務不能と認められた期間 20年 10月 6日から 19日 20年 10月 24日まで

発病または負傷の原因 左肩部強打

⑩ 療養期間 年 月 日から 日 療養費用の別 (1) 健保 (2) 自費 (3) 公費 (4) その他

転 移 (5) 療養 中止 転医

診察実日数 5 診察日を○で囲んでください。 10月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

11月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

12月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

上記の期間における「主たる症状および経過」(治療内容、検査結果、療養指導)等(詳しく) 手術年月日 平成 年 月 日 退院年月日 平成 年 月 日

鎖骨を骨折し、10/5初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。  
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  
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。

人工透析を実施または人工器具を装着した日 昭和・平成 年 月 日  
人工器具等の種類 ア、人工肛門 イ、人工関節 ウ、人工骨頭 エ、心臓ペースメーカー  
オ、人工透析 カ、その他 ( )

上記のとおり相違ありません。 平成 20 年 10 月 25 日

医療機関の所在地 東京都品川区△△ 1-1  
医療機関の名称 品川〇〇総合病院  
医師の氏名 保険 五郎 電話 03 (△△△△) △△△△

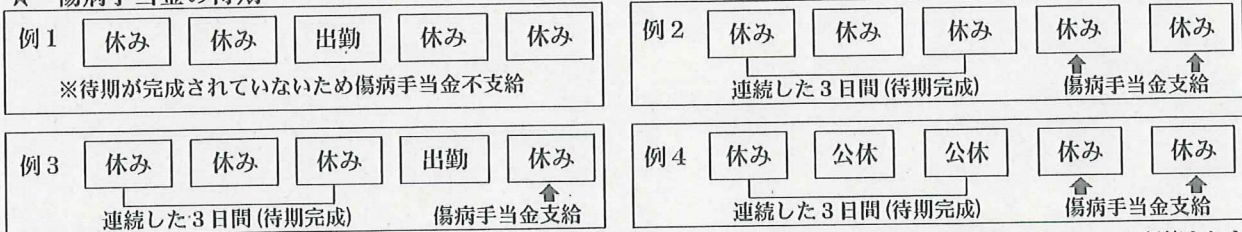
## 傷病手当金の支給要件等

### ■ 支給を受ける条件

被保険者が病気やけがの療養のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件を満たした場合は、傷病手当金が支給されます。

1. 業務外の事由による病気やけがのため療養中であること
2. 仕事につけないこと（労務不能）  
 労務不能の判定は、療養担当者（医師等）の意見を基に被保険者の従事する業務の種別を考慮し、本来の業務に耐えられるか否かを基準として行います。
3. 連続する3日間を含み、4日以上労務に服せなかったこと  
 業務外の事由による病気やけがのため労務に服することができなくなってから休んだ日が連続して3日間あり、4日目以降労務に服せなかった日ごとに支給されます。この連続して休んだ3日間を「待期」といい、待期が完成していないと傷病手当金は支給されません。

#### ★ 傷病手当金の待期



(注1) 就労時間中に業務外の事由で発生した傷病について労務不能となった場合には、その日を待期期間の初日として起算されます。

(注2) 土日、祝日の公休日も待期期間中に算入されます。

4. 給与（報酬）の支払いがないこと  
 休んだ期間について、給与の支払いがない場合に支給されますが、給与の支払いがあっても傷病手当金の額より少ない場合は、その差額が支給されます。

#### <資格喪失後の継続給付について>

被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日（退職日等）までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失日の前日（退職日等）に傷病手当金の支給を受けているか、受けられる状態（上記1～3の条件を満たしている）であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

### ■ 支給期間と支給額

#### 1. 支給期間

傷病手当金は支給開始日から最長で1年6ヵ月の期間で、支給要件を満たした期間について支給されます。支給開始日は、実際に傷病手当金の支給が開始された日で、これを起算日としています。例えば、労務不能のため仕事を休み3日間の待期を完成して、4日目も労務不能のため仕事を休み、給与（報酬）の支払いを受けない場合は、4日目から支給され、その日が起算日となります。

また、給与（報酬）の支払いを受けることにより傷病手当金の支給を受けることができなかった場合には、給与の支給がなくなった、または傷病手当金の額より少ない額の給与が支給されるに至った日から傷病手当金の支給が開始され、その支給開始日が起算日となります。

#### 2. 支給額

傷病手当金の支給額は、1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額（1円未満四捨五入）です。標準報酬日額は、標準報酬月額額の30分の1に相当する額（10円未満四捨五入）です。給与の支払いがあっても、その給与が傷病手当金の額より少ない場合は、傷病手当金と給与の差額が支給されます。

- 出産手当金を同時に受けられるとき  
 傷病手当金と出産手当金を同時に受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その間、傷病手当金は支給されません。
- 障害厚生年金または障害手当金を受けようになるとき  
 傷病手当金を受けられる期間が残っていた場合でも、同一の傷病等による厚生年金保険の障害厚生年金か障害手当金を受けようになるときは、傷病手当金は打ち切られます。ただし、障害厚生年金の額（同一支給事由の障害基礎年金が支給されるときはその合算額）の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。また、障害手当金の場合は、傷病手当金の額の合計額が障害手当金の額に達することとなる日までの間、傷病手当金は支給されません。
- 老齢退職年金を受けようになるとき  
 退職後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けるときは、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金の額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。
- 労災保険から休業補償給付を受けているとき  
 労災保険から休業補償給付を受けている期間に、業務外の理由による病気やけがのために労務不能となった場合は、その期間中傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。

# 出産手当金支給申請書記入例

届出コード
6 3 2

## 健康保険出産手当金支給申請書 (第 1 回)

① 被保険者証の記号・番号	② 被保険者の生年月日	③ 受付年度	④ 通 番	⑤ 年 月 日
03010203-123	511022	平成		
⑥ 被保険者(申請者)の氏名と印	⑦ 被保険者の資格を取得した年月日	⑧ 印		
健保 花子	19年4月1日			
⑨ 被保険者(申請者)の住所	⑩ 郵便番号	⑪ 東京都港区		
〒105-0000	105-0000	東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション101		
⑫ 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。				
<input type="checkbox"/> 出産前の申請		<input checked="" type="checkbox"/> 出産後の申請		
⑬ 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日を記入してください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日を記入してください。				
⑭ 出産のため休んだ期間(申請期間)		⑮ 出産予定日	⑯ 出産日	⑰ 1: 早胎 2: 多胎
平成 20 年 9 月 13 日から 平成 20 年 12 月 20 日まで		平成 20 年 10 月 24 日	平成 20 年 10 月 25 日	
⑱ 上記⑭の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか、または今後受けられますか。				
<input type="checkbox"/> 受けた		<input type="checkbox"/> 受けない		
<input type="checkbox"/> 今後受ける		<input checked="" type="checkbox"/> 今後も受けない		
⑲ 上記⑱で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入してください。				
平成 年 月 日から		平成 年 月 日まで		

- ① 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。
- ② 被保険者(申請者)本人が署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。
- ③ 出産前の申請か出産後の申請かチェック☑して、出産前の申請の場合、出産予定日のみを記入してください。出産後の申請の場合、出産日と出産予定日の両方を記入してください。
- ④ 出産のため労務に服さなかった期間とその日数(公休日を含む)を記入してください。

医師または助産師が見意見を記入するところ	① 出産者氏名	健保 花子
	② 出産予定年月日	平成 20 年 10 月 24 日
	③ 出産年月日	平成 20 年 10 月 25 日
	④ 出生児の数	⑤ 生産または死産の別
	① 早胎 多胎 ( 児 )	① 生産 死産(妊娠 週)
上記のとおり相違ありません。 平成 20 年 12 月 22 日		
	⑥ 医療施設の所在地	東京都品川区△△ 1-1
	⑦ 医療施設の名称	品川〇〇総合病院
	⑧ 医師・助産師の氏名	保険 五郎
	⑨ 電話	03 (△△△△) △△△△

### 添付書類について

- 初回申請時には、労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議事録の写しを添付してください。
- 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)

## 出産手当金の支給要件等

### ■ 支給をうける条件

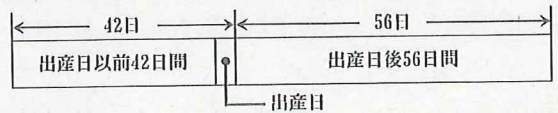
被保険者が出産のため仕事を休み、給与を受けられない場合は、出産手当金が支給されます。なお、被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日(退職日等)までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失日の前日(退職日等)に出産手当金の支給を受けているか、受けられる状態であれば、被保険者期間中に引き続いて支給を受けることができます。

### ■ 支給期間と支給額

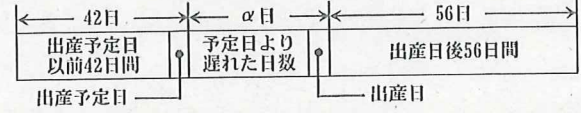
#### 1. 支給期間

出産手当金は出産の日(出産が出産予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日後56日までの期間で、支給要件を満たした期間について支給されます。なお、出産日は出産の日以前の期間に含まれます。また、出産が出産予定日より遅れた場合は、その期間を含めて支給されます。

<出産予定日に出産した場合または出産予定日より早く出産した場合>



<出産予定日より遅く出産した場合>



#### 2. 支給額

出産手当金の支給額は、1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額(1円未満四捨五入)です。標準報酬日額は、標準報酬月額額の30分の1に相当する額(10円未満四捨五入)です。給与の支払いがあつて、出産手当金の額より少ない場合は、その差額が支給されます。

- 傷病手当金を同時に受けられるとき  
 出産手当金の支給期間中に傷病手当金も受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その間傷病手当金は支給されません。ただし、この場合において傷病手当金が支給されてしまったときは、出産手当金の内払いとみなされ、その額だけ出産手当金の額が調整されます。

振込希望口座

1 金融機関

① 金融機関コード: ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

② 銀行 金庫 信組

店・本店 支店 出張所

③ 口座番号: 1 2 3 4 5 6 7

④ (フリガナ) ケンボ ハナコ

預金種別: ①普通 ②通知 ③定期 ④貯蓄 ⑤別段

口座名義: 健保 花子

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ②、③の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等および預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)を必ず記入してください。

③ 口座番号欄は左づめで、大きくはっきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入してください。

④ 口座名義の氏名、フリガナを大きくはっきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者(申請者)と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

⑤ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の④は必ず押印してください。(受取代理人の④は、被保険者の④と別の印鑑で押印してください。)

⑥ お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄で提出してください。

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

5 受取代理人の欄

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日

住所 氏名

代理人の氏名と印 (フリガナ) 委任者と代理人との関係

代理人の住所 電話

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

6 事業主が証明する

⑦ 勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)

20年9月	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	計	10日	0日	
20年10月	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	計	0日	0日	
20年11月	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	計	0日	0日		
20年12月	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	計	0日	0日		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日

⑧ 給与の種類(○で囲んでください)

月給	日給	日給増	移日	末
時間給	歩合給	その他	支払日	初日 16日

⑨ 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。

基本給計算方法  
⑩ 1,000円×8時間×10日=80,000円

支給期間	9月1日	月 日	月 日
区分	単価	~ 9月30日分	~ 月 日分
		支給額	支給額
基本給	1,000	80,000	
通勤手当	20,000	20,000	
住居手当			
扶養手当			
手当			
現物給与			
計		100,000	

⑩ 支給した(する)賃金内訳

上記のとおり間違いないことを証明します。 平成 21 年 1 月 5 日

事業所所在地 東京都千代田区△△ 1-1

事業所名称 (株)協会商事

事業主氏名 協会 三郎

担当者氏名 ○ ○ ○ ○

電話 03 (□□□□) □□□□

<事業主の方へ>

⑦ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は◇で、欠勤の場合は/で表示してください。

⑧ 給与の種類について、該当する給与の種類を○で囲んでください。

⑨ 賃金計算の締日および賃金の支払日を記入してください。

⑩ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況について記入してください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等を記入してください。

※ 「初回申請分」には、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議録の写しを添付してください。

「初回申請分」には、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

平成 21 年 1 月 5 日提出

2 日 日 日 日

社会保険労務士の提出代行者印

# 出産育児一時金内払金支払依頼書・差額申請書記入例

届書コード  

--	--

① 健康保険 被保険者 家族 ② 内払金支払依頼書 差額申請書

⑦ 被保険者証の記号・番号	③ 被保険者の生年月日	届書種別	受付年度	通番	ページ
03010203-123	50305	04			
被保険者(申請者)の氏名と印	ケンボ クロウ	④ 被保険者の氏名	名 称	(株)協会商事	
			所在地	千代田区△△ 1-1	
被保険者(申請者)の住所	〒105-0000	〒105-0000	東京都	港区〇〇 1-1 △△マンション101	
			電話	03 (XXXX) XXXX	
被扶養者が出産したための申請であるときは、その方の	⑤ 被扶養者の氏名	⑥ 被扶養者の生年月日	被扶養者番号		
	健保 花子	51年10月22日			
⑧ 出産した年月日	⑨ 出生児数	⑩ 死産児数	⑪ 妊娠経過期間	⑫ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(対照減額)	
平成 21年10月15日	1人		週		
⑬ 出生児の氏名	⑭ 被保険者と出生児の続柄	⑮ 出産した医療機関等			
ケンボ ジロウ	子	名 称	品川〇〇総合病院		
健保 二郎		所在地	東京都品川区△△ 1-1		
			電話 03 (△△△△) △△△△		
⑯ 今回の申請は、退職等により、全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者資格の喪失後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
⑰ 上記⑯で、「はい」と答えた場合、資格喪失後、家族の被扶養者になっていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
⑱ 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
⑲ 上記⑱で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
⑳ 今回の申請は、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の被保険者名と記号・番号を記入してください。	保険者名				
	記号・番号				
請求年月日	特別手当	不支給理由	100%免	1日付/代理表示	貸付金額
平成 21年 10月 15日			0:非該当 1:該当	0:なし 1:貸付有り 2:代理有り	円
産科医療補償制度	法定支給額	支払方法	受取人住所区分		
0:未加入 1:加入	円	1:個人払い 2:本人払い 3:その他	0:本人 1:代理人		

① 医師・助産師または市区町村長が証明するところ	② 出産者氏名	健保 花子	③ 出産年月日	平成 21年 10月 15日
	④ 出生児の数	⑤ 多胎(児)	⑥ 生産または死産の別	⑦ 生産・死産(妊娠週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。平成 21年 10月 22日			
	医療施設の所在地	東京都品川区△△ 1-1		
	医療施設の名称	品川〇〇総合病院		
	医師・助産師の氏名	保険 五郎		
	本 籍		筆頭者氏名	
	母の氏名		出生年月日	平成 年 月 日
		出生児氏名		
	上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日			
	市区町村長名			

① 被保険者が出産したための申請の場合は「被保険者」に○をしてください。被扶養者が出産したための申請の場合は「家族」に○をしてください。

② 医療機関等への直接支払制度を利用され、医療機関等へ代理受取額(出産費用)が支払われる前に一時金(42万円もしくは39万円)と代理受取額との差額について支払いを希望される場合は「内払金支払依頼書」に、支払われた後に支払いを希望される場合は「差額申請書」に○をしてください。

③ 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

④ 被保険者(申請者)本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

⑤ 被扶養者が出産したための申請の場合は、被扶養者の氏名、生年月日を記入してください。被保険者が出産したための申請の場合は記入不要です。

⑥ 出産年月日を記入し、⑨に出生児数を記入してください。死産の場合は⑩に死産児数を記入し、⑪に妊娠経過期間を記入してください。

⑦ 多児出産の場合は出生児の氏名をすべて記入してください。

⑧ 【内払金支払依頼書として提出する場合】  
 医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記載されている場合は必要ありません。

【差額申請書として提出する場合】  
 医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。

## 添付書類について

- ※差額申請書として提出する場合は、添付していただく書類はありません。  
 内払金支払依頼書として提出される場合は、以下の添付書類が必要となりますのでご確認ください。
- ⑧で証明が必要となる場合において医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類(戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明、出生届受理証明書、母子健康手帳(原本提示)、住民票など)を添付してください。
  - 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピーを添付してください。(領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印(該当する場合のみ)されています。)
  - 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピーを添付してください。(代理契約に関する文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」および申請先となる「保険者名」が記載されています。)

振込希望口座	①	1 金融機関		②	銀行	店・本店
		金融機関コード	〇〇	金庫	〇〇	支店
				信組		出張所
				信連・信漁連		本所・支所
				農協・漁協		本店・支店
	②	③	④	(フリガナ)	ケンボ	タロウ
	預金種別	口座番号	口座名義		健保	太郎

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受取代理人	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
	住所		
	氏名		
代理人の	(フリガナ)	委任者と代理人との関係	
代理人情報			
	住所		
	電話	( )	

社会保険事務士の  
提出代行者印

平成 21 年 11 月 2 日提出

2 日 日 日 印

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ③、④の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等および預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名（支店名）を必ず記入してください。

③ 口座番号欄は左づめで、大きくはっきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の新しい口座番号（7桁）を記入してください。

④ 口座名義の氏名、フリガナを大きくはっきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者（申請者）と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

⑤ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の印は必ず押印してください。（受取代理人の印は、被保険者の印と別の印鑑で押印してください。）

## 出産育児一時金の支給要件等

### ■ 出産育児一時金の支給要件

被保険者本人が出産した場合は出産育児一時金が支給され、被扶養者が出産した場合は家族出産育児一時金が支給されます。

一時金の対象となるのは、妊娠4ヵ月（85日）以上の出産で、早産、死産、流産、人工妊娠中絶（経済的理由によるものも含む）も含まれます。

#### <資格喪失後に出産した場合>

被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日（退職日等）までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失後6ヵ月以内に出産した場合は、出産育児一時金の支給を受けることができます。

### ■ 支給額

1児につき42万円が支給されます。ただし、産科医療補償制度に加入する医療機関等において、在胎週数22週に達した日以後の出産（死産を含む。）でない場合にあっては39万円が支給されます。

（流産は在胎週数22週未満において生ずるものであり、人工妊娠中絶も在胎週数22週未満において行われるものであることから、これらの場合は、39万円が支給されます。）

なお、医療機関等との直接支払制度の利用により出産育児一時金の内払い依頼もしくは差額申請をされた場合は、一時金（42万円もしくは39万円）と医療機関等の代理受取額（出産費用）との差額がご指定の口座に振り込まれます。

### ■ 内払金支払依頼書と差額申請書との違いについて

医療機関等への直接支払制度を利用された場合に、出産費用が一時金の支給額を下回り、一時金と医療機関等の代理受取額との差額が発生する場合は、医療機関等へ代理受取額の支払いを行うとともに、医療機関等へ代理受取額をお支払いした旨および差額分を申請いただく旨のご案内が記載された「出産育児一時金等支給決定通知書」（以下「通知書」といいます。）が協会けんぽから加入者の方へ送付されます。

通知書を受け取られた後に申請書を提出する場合は「差額申請書」として提出いただき、医療機関等への代理受取額が支払われておらず、通知書を受け取る前に早期に差額分の受取りを希望される場合は「内払金支払依頼書」としてご提出ください。

# 出産育児一時金支給申請書記入例

届出コード
6 3 A

## 健康保険 被保険者<sup>①</sup> 家族 出産育児一時金支給申請書

被 保 者 が 記 入 す る こ と を 認 め る	② 被保険者証の記号・番号		④ 被保険者の生年月日		届出 係別	受付年度	通 番	グループ		
	03:0102:03-12:3		50030504		平成					
	⑤ 被保険者(申請者の氏名と印) ケンボ タロウ 健保 太郎		③ 事業所の 〒 所在地 〒 所在地		(株)協会商事 千代田区△△ 1-1					
	⑥ 被保険者(申請者の住所) 〒 105-0000 東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション101		〒 105-0000 東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション101		電話 03 (XXXX) XXXX					
	被扶養者が出産した ための申請である ときは、その方の		④ 被扶養者の氏名 健保 花子		⑤ 被扶養者の生年月日 51年10月22日		被扶養者番号			
	⑤ ② 出産した年月日 211015		⑥ 出生児数 1		⑦ 死産児数		⑧ 妊娠経過期間 週			
	⑥ ③ 出生児の氏名 ケンボ ジロウ 健保 二郎		④ 被保険者と 出生児の続柄 子		⑤ 出産した医療機関等 品川〇〇総合病院 東京都品川区△△ 1-1 電話 03 (△△△) △△△△					
	⑨ 今回の申請は、退職等により、全日本健康保険協会管掌健康保険の被保険者 資格を喪失後、6ヵ月以内に出生したことによる申請ですか。		□ はい		□ いいえ					
	⑩ 上記⑨で、「はい」と答えた場合、資格喪失後、家族の被扶養者になって いますか。		□ はい		□ いいえ					
	⑪ 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出生したことによる 申請ですか。		□ はい		☑ いいえ					
⑫ 上記⑪で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は 退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか。		□ はい		□ いいえ						
請求年月日		特別号	不支給理由	105条	貸付/代理表示	貸付金額	産科医療補償制度	法定支給額	支払方法	受取人住所区分
平成 年 月 日			0:非該当 1:該当	0:なし 1:貸付有り 2:代理有り	円	0:未加入 1:加入	円	0:個人払い 3:その他	0:本人 1:代理人	
医 師・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る こ と	⑦ 出 産 者 氏 名		健保 花子		出 産 年 月 日		平成 21 年 10 月 15 日			
	出 生 児 の 数		⑧ (胎動)・多胎 (児)		生産または死産の別		⑨ (生産)・死産(妊娠) (週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 21 年 10 月 22 日		医療施設の所在地		東京都品川区△△ 1-1			
	医療施設の名称		品川〇〇総合病院		医師・助産師の氏名		保険 五郎			
	本 籍		筆頭者氏名		母の氏名		出生児氏名		出生年月日	
上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 年 月 日		市区町村長名		印				

① 被保険者が出産したための申請の場合は「被保険者」に○をしてください。被扶養者が出産したための申請の場合は「家族」に○をしてください。

② 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

③ 被保険者(申請者)本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

④ 被扶養者が出産したための申請の場合は、被扶養者の氏名、生年月日を記入してください。被保険者が出産したための申請の場合は記入不要です。

⑤ 出産年月日を記入し、⑥に出生児数を記入してください。死産の場合は⑦に死産児数を記入し、⑧に妊娠経過期間を記入してください。

⑥ 多児出産の場合は出生児の氏名をすべて記入してください。

⑦ 医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。ただし、死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。

### 添付書類について

1. 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類(戸籍簿(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳(原本提示)、住民票など)を添付してください。
2. 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピーおよび出産費用の領収・明細書のコピーを添付してください。(代理契約に関する文書には、「代理契約を医療機関等と締結していない旨」および申請先となる「保険者名」が記載されています。領収・明細書には、「直接支払制度を用いていない旨」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩であることを証する所定の印」が押印(該当する場合のみ)されています。)
3. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)



振 込 希 望 口 座	①	1 金融機関	②	⑤	④
		金融機関コード	〇 〇	銀行	〇 〇
		支店	〇 〇	金庫	〇 〇
	※			信組	店・本店 支店
				信連・信連連	本所・支所 本店・支店
				農協・漁協	
	②	預金種別	③	④	(フリガナ)
		1:普通 2:通知 3:当座 4:貯蓄 5:別段	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義
					ケンボ タロウ
					健保 太郎

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑤	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	平成 年 月 日
		住所	
		被保険者 (申請者)	氏名
		代理人の 氏名と印	(フリガナ)
		代理人の 住所	責任者と 代理人 との関係
			電話 ( )

社会保険労務士の  
提出代行者印

平成 21 年 11 月 2 日提出

受 付 日 印

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ③、④の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等および預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名（支店名）を必ず記入してください。

③ 口座番号欄は左づめで、大きくはつきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の新しい口座番号（7桁）を記入してください。

④ 口座名義の氏名、フリガナを大きくはつきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者（申請者）と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

⑤ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の印は必ず押印してください。（受取代理人の印は、被保険者の印と別の印鑑で押印してください。）

## 出産育児一時金の支給要件等

### ■ 出産育児一時金の支給要件

被保険者本人が出産した場合は出産育児一時金が支給され、被扶養者が出産した場合は家族出産育児一時金が支給されます。

一時金の対象となるのは、妊娠4ヵ月（85日）以上の出産で、早産、死産、流産、人工妊娠中絶（経済的理由によるものも含む）も含まれます。

#### ＜資格喪失後に出産した場合＞

被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日（退職日等）までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失後6ヵ月以内に出産した場合は、出産育児一時金の支給を受けることができます。

### ■ 支給額

1児につき42万円が支給されます。ただし、産科医療補償制度に加入する医療機関等において、在胎週数22週に達した日以後の出産（死産を含む）でない場合にあつては39万円が支給されます。

（流産は在胎週数22週未満において生ずるものであり、人工妊娠中絶も在胎週数22週未満において行われるものことから、これらの場合は、39万円が支給されます。）

なお、平成21年9月30日以前の出産は、38万円（産科医療補償制度の対象分娩でない場合は、35万円）が支給されます。

出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度があります。また貸付制度もあります。

### ■ 直接支払制度（医療機関等によっては、対応していない場合があります。）

被保険者が医療機関等との間に、出産育児一時金の支給申請および受取に係る代理契約を締結の上、出産育児一時金の額を限度として、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金の支給申請および受取を直接全国健康保険協会と行うことにより、医療機関等の窓口において出産費用を支払う経済的負担の軽減を図るものです。

（家族出産育児一時金も同様です。）

詳しくは全国健康保険協会都道府県支部までお訊ねください。

- 分娩に要する費用が42万円（または39万円）を超えた場合  
出産育児一時金42万円（または39万円）を医療機関等にお支払いしますので、被保険者は出産育児一時金を超えた額を医療機関等の窓口でお支払いすることとなります。
- 分娩に要する費用が42万円（または39万円）以下の場合  
分娩に要した費用額を医療機関等にお支払いします。また、出産育児一時金42万円（または39万円）と分娩に要した費用額の差額については、申請していただくことにより被保険者にお支払いします。

### ■ 出産費貸付制度

出産育児一時金が支給されるまでの間、分娩に要する費用が必要な場合に、無利子の貸付制度があります。詳しくは全国健康保険協会都道府県支部までお訊ねください。

# 埋葬料(費)支給申請書記入例(被保険者が亡くなった場合)

届書コード		
6	3	3

健康保険 **被保険者** 家族 埋葬料(費)支給申請書

② 被保険者証の記号・番号		③ 被保険者の生年月日		④ 届書種別	⑤ 受付年度	⑥ 通番	⑦ プレ-ブ
03:0102:03-1233		500305		03	平成 年 月 日		
④ (7桁) ケンボ ハナコ		⑤ 事業所の名称		(株)協会商事			
被保険者(申請者)の氏名と印 健保 花子		⑥ 事業所の所在地		千代田区△△ 1-1			
⑧ 被保険者(申請者)の住所		⑨ 死亡した年月日		⑩ 死亡原因		⑪ 第三者の行為によるものですか	
〒105-0000 トウキョウト ミナトク OO 2-2 △△マンション202 東京 港区 OO 2-2 △△マンション202 電話 03 (XXXX) XXXX		平成 210131		急性心不全		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
● 被扶養者が死亡したための申請であるとき							
⑫ 被扶養者の氏名		⑬ 被扶養者の生年月日		⑭ 被保険者との続柄		⑮ 続柄番号	
昭和・平成 年 月 日		年 月 日		妻			
● 亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。							
① 資格喪失後、3ヵ月以内に亡くなられたとき				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
② 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき							
③ 資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき							
● 上記②で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に入社していた健康保険の被保険者名と記号・番号を記入してください。							
被保険者名		記号・番号					
● 被保険者が死亡したための申請であるとき							
⑯ 被保険者の氏名		⑰ 被保険者からみた申請者との身分関係		⑱ 埋葬した年月日			
健保 太郎		妻		平成 年 月 日			
⑲ 埋葬に要した費用の額		請求年月日		⑳ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整後額)			
円 平成 年 月 日		年 月 日		円			
● 亡くなられた方は、退職等により全国健康保険協会健康保険の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。							
① 資格喪失後、3ヵ月以内に亡くなられたとき				<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
② 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき							
③ 資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき							
● 上記②で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の被保険者名と記号・番号を記入してください。							
被保険者名		記号・番号					
● 介護保険法のサービスを受けていたとき							
市町村番号		受給者番号		発行機関名			
※ 請求者区分 不支給理由 第三者行為 98条 105条 支払方法 法定支給額 受取人住所区分(備考)							
1:本人 2:被扶養者		0:なし 1:あり		0:非該当 1:該当		0:本人 1:代理人	
3:家族 4:その他				2:個人私 3:その他		円	

① 「被保険者」に○をしてください。

② 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

③ 亡くなられた被保険者の生年月日を記入してください。

④ 申請者の氏名を記入してください。④欄の住所も同様に申請者の住所を記入してください。申請者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。申請者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

⑤ 死亡原因が負傷による場合は、⑮の負傷原因欄を必ず記入してください。

⑥ ⑯の欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。

⑦ ⑰～⑱欄を必要に応じて記入してください。

⑧ 被保険者の被扶養者または被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方が申請する場合は、②および④欄の記入は必要ありません。上記以外で実際に埋葬を行った方が申請する場合は、②および④欄は必ず記入してください。

事業主が証明する欄	死亡した方の氏名	死亡した方	死亡した年月日
	健保 太郎	被保険者 被扶養者	平成 21 年 1 月 31 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 21 年 2 月 6 日
	事業所所在地	東京都千代田区△△ 1-1	
事業所名称	(株)協会商事		
事業主氏名	協会 三郎	事業主印	電話 03 (□□□□) □□□□

※ 事業主に証明を受けて提出してください。なお、任意継続被保険者が亡くなった場合や事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類(死亡診断書の写し、埋葬許可証の写し、火葬許可証の写しなど)の添付が必要です。

# 埋葬料(費)支給申請書記入例(被扶養者が亡くなった場合)

届書コード		
6	3	3

## 健康保険 被保険者<sup>①</sup> 埋葬料(費)支給申請書

② 被保険者証の記号・番号		③ 被保険者の生年月日		届書 種別	受付年度	通 番	Y&P
03010203-123		500305		03	平成		
④ 被保険者(申請者)の氏名と印 ケンボ タロウ 健保 太郎		⑤ 事業所の所在地 〒105-0000 東京都港区〇〇1-1 △△マンション101		名称 (株)協会商事		所在地 千代田区△△1-1	
⑥ 被保険者(申請者)の住所 〒105-0000 東京都港区〇〇1-1 △△マンション101		⑦ 死亡した年月日 平成 21 年 1 月 31 日		⑧ 死亡原因 急性心不全		⑨ 第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
● 被扶養者が死亡したための申請であるとき		⑩ 被扶養者の氏名 健保 花子		⑪ 被扶養者の生年月日 昭和 平成 51 年 1 月 22 日		⑫ 被保険者との続柄 妻	
⑬ 亡くなられた場合は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ① 資格喪失後、3ヵ月以内に亡くなられたとき ② 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③ 資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき		⑭ 上記⑬で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。		⑮ 被扶養者が死亡したための申請であるとき		⑯ 埋葬した年月日 平成 年 月 日	
⑰ 埋葬に要した費用の額		請求年月日		⑱ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(清算額)		⑲ 請求者区分(備考)	
円		平成 年 月 日		円		1:本人 2:被扶養者 3:家族 4:その他	
⑳ 亡くなられた方は、退職等により全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ① 資格喪失後、3ヵ月以内に亡くなられたとき ② 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③ 資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき		㉑ 上記㉒で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。		㉒ 市町村番号		㉓ 受給者番号	
㉒ 上記㉒で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。		㉓ 市町村番号		㉔ 受給者番号		㉕ 発行機四名	
㉖ 請求者区分		不支給理由		第三者行為		98条 105条 支払方法 法定支給額 受取人住所区分(備考)	
1:本人 2:被扶養者 3:家族 4:その他		0:なし 1:あり		0:非該当 1:該当		0:本人 1:代理人	

- ① 「家族」に○をしてください。
- ② 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。
- ③ 被保険者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。
- ④ 死亡原因が負傷による場合は、⑮の負傷原因欄を必ず記入してください。
- ⑤ ⑯の欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。
- ⑥ ㉒～㉕欄を必要に応じて記入してください。

事業主が証明する欄	死亡した方の氏名	死亡した方	死亡した年月日
	健保 花子	被保険者 ・ 被扶養者	平成 21 年 1 月 31 日 死亡
	上記のとおり間違いないことを証明する。		
	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名
東京都千代田区△△1-1	(株)協会商事	協会 三郎	
事業主印		電話 03 (□□□□) □□□□	

※ 事業主に証明を受けて提出してください。なお、任意継続被扶養者が亡くなった場合や事業主の証明が受けられない場合は、死亡が確認できる書類(死亡診断書の写し、埋葬許可証の写し、火葬許可証の写しなど)の添付が必要です。

裏面に振込希望口座記入例、添付書類について案内があります。

振込希望口座	1 金融機関	① 金融機関コード		②		銀行	金庫	〇	〇	店・本店 支店
	③	④	信連・信通連 農協・漁協	ケンボ		タロウ	健保太郎			
⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ③、④の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等および預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名（支店名）を必ず記入してください。

⑤ 口座番号欄は左づめで、大きくはつきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の新しい口座番号（7桁）を記入してください。

⑥ 口座名義の氏名、フリガナを大きくはつきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者（申請者）と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

⑤ 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日

受取代理人の欄

被保険者（申請者） 住所 氏名

代理人の氏名と印 (フリガナ) 委任者と代理人との関係

代理人の住所 (〒 - ) 電話 ( )

⑤ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要な事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の⑥は必ず押印してください。（受取代理人の⑥は、被保険者の⑥と別の印鑑で押印してください。）

⑥ 死亡原因が負傷の場合は、「負傷原因記入欄」に必要な事項を記入してください。死亡原因が病気の場合は記入不要です。

⑦ 負傷した原因が、第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。

負傷原因記入欄

⑥ 負傷の原因について記入してください。（該当する□にチェック（☑）してください。）

<p>1. いつケガ（負傷）をしましたか。</p> <p>平成 年 月 日（曜日）</p> <p>□午前・□午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちのどの日でしたか。</p> <p>□出勤日・□休日（定休日・休暇含む）</p> <p>□その他（ ）</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうちの時間帯でしたか。</p> <p>□勤務時間中・□通勤途中（□出勤・□退勤）</p> <p>□出張中・□私用・□その他（ ）</p> <p>4. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。</p> <p>□会社内・□道路上・□自宅</p> <p>□その他（ ）</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。</p> <p>□交通事故・□暴力（ケンカ）</p> <p>□スポーツ中（□職場の行事・□球場の行事外）</p> <p>□動物による負傷（飼い主□有・□無）</p> <p>□あてはまらない</p> <p>6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。</p> <p>相手 □有 → □あなたは被害者 □あなたは加害者</p> <p>□無</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。</p>	<p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名</p> <p>平成 年 月 ~ 平成 年 月</p> <p>医療機関名</p> <p>平成 年 月 ~ 平成 年 月</p> <p>8. 負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください。</p> <p>9. 亡くなった被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していましたか。 □加入有・□加入無</p>
---	---

社会保険労務士の  
提出代行者印

平成 21 年 2 月 6 日提出

受付日印

## 添付書類について

埋葬料(費)の別と申請者の別	添付書類
<埋葬料> 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合 <家族埋葬料> 被扶養者が亡くなった場合	● 添付書類なし
<埋葬料> 被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方が申請する場合	● 生計維持を確認できる書類 住民票（亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの）を添付してください。なお、住居が別の場合は、下記の書類等の生計維持を確認できる書類を添付してください。 ・ 定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金書留の封筒の写し ・ 亡くなった被保険者が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書の写し など
<埋葬費> 被保険者が亡くなり、被扶養者または被扶養者以外で被保険者により生計維持されていた方がいない場合で、実際に埋葬を行った方が申請する場合	● 領収書（支払った方のフルネームが記載されているもの） 埋葬に要した費用額が記載された領収書の原本を添付してください。 ● 埋葬に要した費用の明細書 埋葬に要した費用の明細書を添付してください。

- 上記いずれの場合も、事業主の証明を受けられない場合は、死亡が確認できる次の書類のいずれかを添付してください。また、任意継続被保険者（被扶養者）が亡くなった場合は、次の書類のいずれかを必ず添付してください。
  - ・ 埋葬許可証または火葬許可証の写し
  - ・ 死亡診断書、死体検案書または検視調書の写し
  - ・ 亡くなった方の戸籍（除籍）謄（抄）本
  - ・ 住民票
- 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。（翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。）

## 埋葬料(費)の支給要件等

### ■ 埋葬料（費）の支給要件と支給額

- 被保険者が亡くなった場合は、亡くなった被保険者により生計を維持されていた方に埋葬料として5万円が支給されます。
- 被保険者が亡くなって、亡くなった被保険者により生計を維持されていた方がいない場合は、実際に埋葬を行った方に、埋葬料（5万円）の範囲内で埋葬に要した費用に相当する額が支給されます。
- 被扶養者が亡くなった場合は、被保険者に家族埋葬料として5万円が支給されます。

### <資格喪失後に死亡した場合>

被保険者の資格を失った後に亡くなった場合でも、次のいずれかの要件を満たした場合には、埋葬料（費）の支給を受けることができます。

- ① 被保険者であった方が、資格喪失後3ヵ月以内に亡くなった場合
  - ② 被保険者であった方が、資格喪失後の傷病手当金または出産手当金の継続給付を受けている間に亡くなった場合
  - ③ 被保険者であった方が、資格喪失後の傷病手当金または出産手当金の継続給付を受けなくなった日から3ヵ月以内に亡くなった場合
- ※ 被保険者の資格を喪失後に被扶養者が亡くなった場合には、家族埋葬料は支給されません。