

健康保険

届書・請求書の書き方

愛鉄連健康保険組合

も く じ

R1. 11更新

資格に関する手続き

1. 従業員を採用したとき
被保険者資格取得届
2. 資格取得者に被扶養者がいるときや、被扶養者に異動があったとき
 1. 被扶養者（異動）届
 2. 被扶養者認定に係る申出書
 3. 生計維持に関する証明書
3. 被保険者が退職または死亡したとき
被保険者資格喪失届
4. 資格喪失届に保険証等を添付できないとき
資格喪失後、被扶養者削除、有効期限後の被保険者証等滅失・回収不能届
5. 毎年7月1日現在の全被保険者の報酬を届け出るとき
被保険者報酬月額算定基礎届
6. 昇（降）給などにより給料が大幅に変動したとき
被保険者報酬月額変更届
7. 賞与等が支払われたとき
 1. 被保険者賞与支払届総括表
 2. 被保険者賞与支払届
8. 退職後も引き続き健康保険に加入したいとき
任意継続被保険者資格取得申請書
9. 被保険者の氏名が変わったとき
被保険者氏名変更・訂正届
10. 被保険者の生年月日が間違っていたとき
被保険者生年月日訂正届
11. 事業主が変わったとき
事業主変更届
12. 事業所の名称や所在地が変わったとき
事業所名称・所在地変更届
13. 産前産後休業期間中の保険料免除を受けるとき
産前産後休業取得者申出書
14. 被保険者が育児休業を取得し、保険料の免除を受けるとき
育児休業取得者申出書
15. 保険証をなくしたり破損したとき
被保険者証滅失・き損再交付申請書
16. 被扶養者の氏名や生年月日が変わったとき
被扶養者氏名・生年月日変更（訂正）届
17. 各種証明願について
証明願
18. 介護保険の適用除外に該当（不該当）したとき
介護保険適用除外等（該当・不該当）届
19. 特定適用事業所に勤務する被保険者の区分に変更があったとき
被保険者区分変更届

給付に関する手続き

1. 病気やけがで仕事に就けなかったとき
傷病手当金請求書
2. 急病などで医療費を立て替え払いしたとき
療養費支給申請書
3. 病院で支払った自己負担額が高額になったとき
高額療養費支給申請書
4. 高額な診療を受けるとき
限度額適用認定申請書
5. 出産で仕事に就けなかったとき
出産手当金請求書
6. 出産をしたとき
 1. 出産（家族出産）育児一時金請求書（直接支払制度差額支給用）
 2. 出産（家族出産）育児一時金請求書
7. 被保険者や被扶養者が死亡したとき
埋葬料（費）請求書

従業員を採用したとき

1 被保険者資格取得届

従業員を採用したときや、転勤による転入があったときには、「資格取得届」を提出します。この届出に基づき、「保険証」が交付されます。また、決定された標準報酬月額をもとに保険料を納付します。

添付書類

☆扶養家族がいる人は「被扶養者（異動）届」とその添付書類。

☆60歳以上の被保険者を、退職後1日の間もなく再雇用する場合は、同日付の資格喪失届及び①「就業規則の写し」、②「退職辞令の写し」のどちらかひとつ、及び継続して再雇用されたことがわかる③「雇用契約書の写し」。または④「事業主の証明」（退職日と再雇用された日の記載があり、事業主印の押印があるもの、※原本に限る）が必要となります。〔①、②のどちらかひとつ、及び③〕または〔④〕

提出期限

☆資格取得日から5日以内。

留意点

☆マイナンバー（個人番号）を必ず記入してください。

☆事業所で常用的に使用される人は、国籍などには関係なく被保険者となります。

☆資格取得年月日は、使用関係が発生した日（研修期間・試用期間を含む）を記入します。なお、使用関係が発生した日とは、事実上使用関係が始まった日という意味で、入社日または給料計算の起算日等の報酬が発生する日となります。

☆報酬月額は、金銭、現物を問わず、今後労務の対償として受ける額を推定して記入します。具体的には基本給のほか、通勤手当・住宅手当・家族手当などの定期的な諸手当と残業手当（見込額）などを含めた額になります。なお、日給や時間給・歩合給など実績によって報酬額が変わるなどの場合は、資格を取得した月の前1か月間に、その事業所で同じような仕事に従事し、同じような報酬を受けている人の平均月額を記入します。また、現物給与がある場合には、「現物給与標準価額」に換算して算出した額を記入します。

「現物給与標準価額」については、5.「被保険者報酬月額算定基礎届」で確認してください。

☆運転免許証や住民票などで本人確認を行ってください。

☆パートタイマーが被保険者となるかどうかは、その使用関係が常用的なものであるかどうかで判断します。判断の目安は、基本的に1週間の勤務時間と1か月の勤務日数が、その事業所で同じような仕事をする一般社員の勤務時間・勤務日数の4分の3以上であれば常用的使用関係があると判断されます。（特定適用事業所（※1）において一部例外あり）

☆特定適用事業所（※1）に勤務する短時間労働者（3/4未満）に該当する場合は備考欄のチェックボックスに☑を入れてください。

（※1）特定適用事業所については、19.「被保険者区分変更届」で確認してください。

資格取得者に被扶養者がいるときや、被扶養者に異動があったとき

2 被扶養者（異動）届

健康保険の資格を取得した被保険者に被扶養者がいるときや、加入中に被扶養者が増えたり減ったりしたときは、被扶養者（異動）届を提出します。

添付書類

☆保険証（扶養しなくなった場合）

☆高齢受給者証

☆限度額適用・標準負担額減額認定証

（扶養しなくなり、
交付されている場合）

☆特定疾病療養受療証

☆限度額適用認定証

続柄と年齢毎の添付書類一覧

扶養の届出をする者の続柄	0～15歳 (義務教育終了前)	16～59歳 (大学生・各種学校生は申出書と生計維持証明書に 代えて在学証明書、又は学生証の写しを添付)	60歳以上
配偶者：夫妻	/	・申出書	
配偶者：内縁の夫妻		・申出書 ・生計維持証明書	
子：実子、養子、義理の子 父母：実父母、養父母、義理父母 兄弟姉妹：実兄弟姉妹、義兄弟姉妹		・申出書 ・生計維持証明書	
孫		・申出書	
	・生計維持証明書		

☆被扶養者として届け出る方が、16歳以上（義務教育終了後の15歳を含む）59歳以下の、大学生、各種専門学校生の場合は、申出書と生計維持証明書に代えて在学証明書（原本）又は学生証の写しを添付してください。また、高校生の場合は、異動届の⑫欄に学校名、学年を記入すれば申出書と生計維持証明書を省略することができます。

全ての被扶養者の申請に必要な添付書類一覧【身分関係及び生計維持に関する証明書類】

添付書類	確認目的	添付の省略ができる場合
次のいずれか ・戸籍謄本または戸籍抄本 ・住民票	続柄	・扶養認定を受ける方の続柄が異動届の記載と相違ないことを確認した旨を、 事業主が異動届に記載し、証明していること
年間収入が「130万円未満（※1）」であることを確認できる課税証明書等の書類（※2）	収入	・16歳未満のとき ・扶養認定を受ける方が、所得税法上の控除対象配偶者又は扶養親族であることを確認した旨を、 事業主が異動届に記載し、証明していること（※3）
同一世帯である場合の証明書類 ・住民票	世帯	・扶養認定を受ける方が被保険者の直系尊属、配偶者、子、孫及び兄弟姉妹の三親等内の親族であること ・被扶養者認定を受ける方の世帯情報が異動届の記載と相違ないことを確認した旨を、 事業主が届書に記載し、証明していること
仕送りの事実と仕送り額が確認できる書類（※4） （申し立てのみでは認められません。） ・振込の場合 預金通帳等の写し ・送金の場合 現金書留の控えの写し		・16歳未満のとき ・16歳以上の学生の場合

☆全ての被扶養者の申請について、身分関係及び生計維持関係の公的証明書類が必要です。ただし、一定の要件を満たした場合には書類の添付を省略することができます。その場合には、⑪欄で内容確認後、記入押印してください。

※1 扶養認定を受ける方が60歳以上又は厚生年金保険法の障害年金の受給要件に該当する程度の障害のある方は年間収入が「180万円未満」となります。（収入には公的年金も含まれます。）

※2 収入確認の書類例は以下のとおりです。

国内認定対象者の状況	確認書類の例
①給与と収入がある場合	直近3か月分の給与明細書の写し、賞与がある場合は直近の賞与明細書の写し
②退職した者の場合	雇用保険被保険者離職票の写し
③雇用保険の失業給付受給中又は受給終了者の場合	雇用保険受給資格者証の写し
④公的年金等を受給中の場合	現在の年金受給額が確認できる年金証書、改定通知書又は振込通知書の写し
⑤自営業による収入、不動産収入等がある場合	直近の確定申告書の写し※受付印のあるもの
⑥上記①～⑤に加えて他に収入がある場合	①～⑤の確認書類及び課税（非課税）証明書
⑦上記①～⑥に該当しない場合	課税（非課税）証明書

※3 障害年金、遺族年金、傷病手当金、失業給付等非課税対象の収入がある場合は、受取金額の確認ができる通知書等の写しの添付が必要です。

※4 仕送り額については、申し立てのみでは確認書類として認められないため、添付書類により仕送りの事実を証明する必要があります。

☆上記以外に特に健保組合が必要と認めた場合には、所得証明などの必要書類をご提出いただくことがあります。ご不明な点は、健保組合にお問い合わせください。

提出期限

☆被扶養者に異動（結婚・出生・就職・死亡など）があった日から5日以内に被保険者が事業主を経由して行うものです。

留意点

☆家族を扶養申請する場合は、マイナンバー（個人番号）を必ず記入してください。

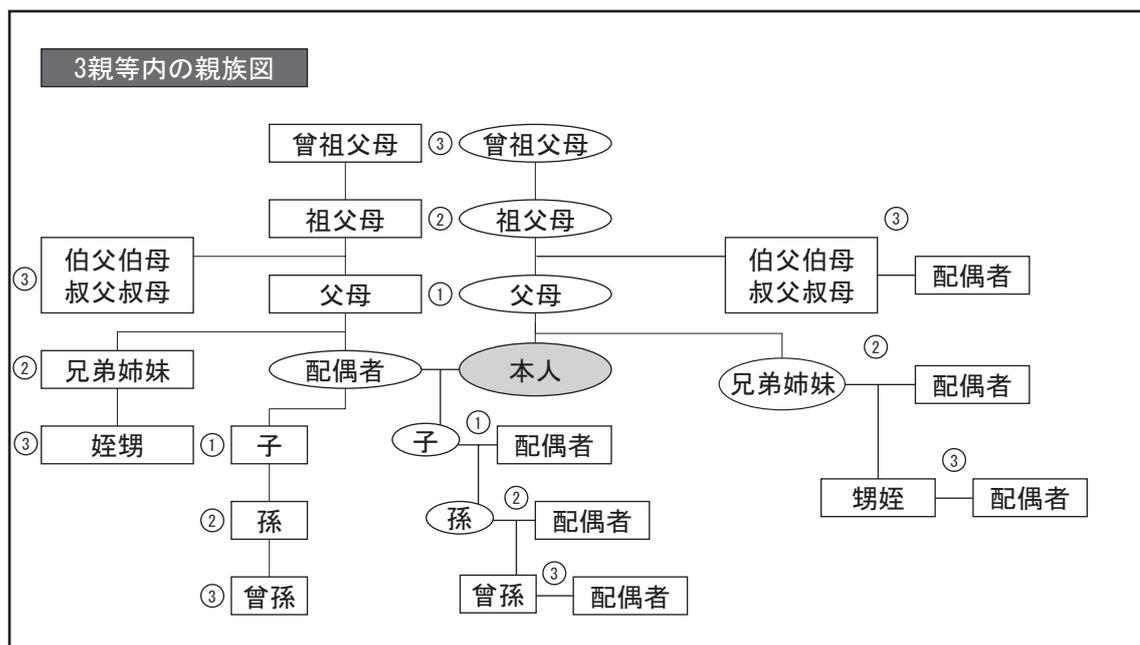
☆被扶養者として届け出ることができる方は下記の親族で、主として被保険者の収入で生計を維持している方です。

- (1) 被保険者の配偶者（内縁を含む）・直系尊属・子・孫・弟妹。
- (2) 被保険者の三親等内の親族、内縁の配偶者の父母、子で同一世帯に属する方。

注1 「主として被保険者の収入で生計を維持する人」とは、原則として恒常的な年間総収入が130万円未満（60歳以上または厚生年金保険法の障害年金の受給要件に該当する程度の障害のある方は180万円未満）であって、被保険者に生計の大半を依存している方をいいます。

注2 父母・祖父母を被扶養者とする場合は、認定対象者の収入だけでなく、その配偶者又は兄弟姉妹等の収入も勘案して判断します。

注3 認定対象者が被保険者と別居しているときは、その方の収入が上記収入基準内であり、かつ、被保険者の仕送り額が認定対象者の収入を上回っている場合に、生計維持があると認定されます。



※上図の□の親族については、同居していること。

※上図の○の親族で同居していない場合は、被保険者からの仕送り額より収入が少ないこと。

☆扶養認定日は出生を除き、届書受付日となります。

☆遡って認定を希望する場合は、事実発生の確認ができる書類（退職証明書、婚姻届の写し等）を添付してください。

但し、遡り期間は届出受付日より事実発生の日が1か月以内の場合に限ります。

保険証の記号・番号を記入してください。

失業保険を受けている場合には「雇用保険受給資格者証」の写しを添付してください。

扶養を申請する時点で受けていなくても申請される予定の方は「申請予定」に○をつけてください。

同居していない場合は、被保険者から送金されている金額を記入してください。

被保険者氏名を記入し、押印してください。ただし、被保険者が自署した場合は押印は必要ありません。

被扶養者として申請する以前1年間に就職経験がある場合には、必ず記入してください。

加入保険者名を記入してください。例:全国健康保険協会愛知支部

配偶者がいない場合は必ず記入してください。

現在働いている場合には必ず記入してください。

受けていない場合は必ず記入してください。

秘 被扶養者認定に係る申出書

下記記入事項に相違ありません。令和1年6月5日
愛鉄連健康保険組合理事長殿 被保険者氏名 **中村一夫**

被保険者証の記号番号	950	81	被扶養者として認定を申請する家族の名前	桜井洋子	満年齢	68	被扶養者として認定を申請する家族に係る下記事項につき該当するものを○印又は金額、日付等を記入してください。
① 被扶養者として申請する家族の配偶者は	ある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/>		③ 申請する以前1年間に就職の経験は	ある <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>		⑤ 老齢年金、遺族年金、企業年金、共済年金、障害年金を受けていますか	⑧ 被保険者と同居していますか
・ない場合	年月日 離別		会社名	㈱森山機械		・受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/>	同居して <input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/>
・年月日 死別	H10年 9月 10日		所在地	名古屋市 中川区・町		・受けていない場合その理由	・同居していない場合
② 現在働いていますか	ある <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>		入社年月日	H12年 4月 1日		1. 受給要件を満たしていない	被保険者より送金されている
・働いている場合	職種		退職(予定)年月日	H30年 12月 31日		2. 裁定請求の手続きを行っていない	月額 (円)
職種	パート・アルバイト・その他 ()		保険証の記号番号	中川もやき 350		(その理由:)	(※1) 仕送りしている場合は、仕送りの事実と仕送り額が確認できる書類が必要です。
1日の労働時間(平均)	4時間		保険者名	協会健保・愛知支部		3. 現在申請中 (申請年月日: 年 月 日)	振込の場合: 預金通帳等の写し
1ヶ月の勤労日数(平均)	15日		④ 雇用保険法による失業給付金を受けていますか	1. 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 2. 受けていない <input type="checkbox"/>		4. 令和 年 月 頃申請予定	送金の場合: 現金書留の控え(写し)
その収入は(月)	55,560円		3. 申請中	4. 申請予定		5. 65歳到達時に申請予定	・同居していない場合はその理由
賞与の有(年回)	無		・受けていない場合その理由は(具体的に)	パートで働いているため		受けている場合は、直近の年金振込通知書(国年の場合支払通知書)の写しを添付してください。(※1) 老齢年金等課税対象の収入については省略要件有)	⑨ 被扶養者として申請する理由を下記から選び、記入してください。
賞与合計(円)			受けている場合は雇用保険受給資格者証の写し(支給日額入り)を添付してください。			⑥ 傷病手当金・労災保険の休業補償を受けていますか	① 被保険者の資格取得 2. 退職
(※1) 収入がある場合は、直近3か月分の給与明細書の写し、賞与がある場合は直近の賞与明細書の写し等を添付してください。						・受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/>	3. 収入の減 4. 任継喪失 5. 結婚
						受けている場合は支給開始日、支給日額のわかる書類の写しを添付してください。	6. 雇用保険受給終了 7. 自営業の廃止
						⑦ 今回扶養申請した家族はあなたの税法上の扶養控除対象者となっていますか	8. 上記に当てはまらない場合は、申請理由を詳しくご記入ください。
						・対象者または今後対象者	
						・対象外となっている理由	

扶養を申請する時点で受けていない場合は、その理由に○をつけ、今後の申請予定について記入してください。

◎下記の表に被扶養者の数とは関係なく家族全員を記入してください。※異動届の受付日からの認定になりますので(被保険者資格取得時等除く)、お早めにご提出ください。

氏名	続柄	満年齢	職業	年間収入(給与以外の収入含)	同居・別居	住所(同居の場合は省略可)	備考
中村 一夫	被保険者本人	48	会社員	400万円			
中村 花子	妻	46	パート	140万円	同・別	〒 -	
中村 一郎	長男	10	小学生	0円	同・別	〒 -	
桜井 洋子	義母	68	パート	66万円	同・別	〒 -	
桜井 恵	義妹	34	会社員	200万円	同・別	〒 -	

◎ご提出いただいた情報は、本人の同意なく本目的以外に使用いたしません。(※1)一定の要件をみたした場合には書類の添付を省略することができます。(異動届裏面参照) 令和1年5月1日改

傷病手当金を受けている場合は直近の傷病手当金の日額がわかるものの写しを添付してください。

被扶養者にならない方も含め家族全員を記入してください。

各種年金を受けている場合は直近の「年金振込通知書」の写し等金額のわかるものを必ず添付してください。

保険証の記号・番号を記入してください。

被扶養者として申請する家族に配偶者がいる場合は、その配偶者の年間総収入を記入してください。

生計維持に関する証明書

健康保険 被保険者証の	記号 950	番号 81										
①被扶養者の氏名 生 年 月 日	性別	被保険者との続柄	②被扶養者の収入 有 無 金額(年間収入)		③被扶養者の配偶者の有無		④被扶養者の配偶者の収入 有 無 金額(年間収入)		⑤被保険者と同居、別居の区分		主として被保険者による生計維持関係の有無	
桜井 洋子 昭平令 25年 9月 10日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	義理の母	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	57万 円	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無			<input checked="" type="radio"/> 同居・ <input type="radio"/> 別居	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		

被扶養者として申請する家族の氏名、生年月日を記入してください。

● 扶養理由 (扶養しなければならない理由を詳しくお書きください。)

今まで扶養していた義理の父が亡くなり、遺族年金だけの義母の収入では、生活できない為同居し、扶養することとなった。

● 下記の事項にご回答ください。

- 被保険者は被扶養者の生活費(家賃・光熱費・食費など)の大半を負担していますか 【 はい . いいえ 】
 - 上記の被保険者による被扶養者の生活費の負担は毎月、継続的に行なわれていますか 【 はい . いいえ 】
 - 被保険者以外に被扶養者の生活費(家賃・光熱費・食費など)を負担している人はいますか 【 はい . いいえ 】
- ※ 上記の問いで被保険者以外に被扶養者の生活費を負担している人がいる場合⇒ 【負担者氏名 】【負担月額 円】

はい・いいえを○で囲んでください。

上記理由により扶養しています。被保険者氏名 中村一夫

被保険者氏名を記入し、押印してください。ただし被保険者が自署した場合は、押印は必要ありません。

令和 1 年 6 月 5 日

扶養の事実と相違ないことを証明します。

(証明者)

住所 名古屋市 中村区 黄金通 1 丁目 18 番地

役職名 愛鉄工業 株式会社
氏名 代表取締役社長 愛鉄連太郎

愛鉄工業

- (注) 1. 証明書は事業主、民生委員又は町内会長のいずれかのうち、事情を最もよく知っている方にお願ひしてください。
2. ②、④の収入金額欄の収入とは、給与所得、事業所得、不動産所得、年金、恩給など今後恒常的に受ける年間総収入をいいます。
3. 故意に虚偽の記載をしたと健保組合が判断した場合は、扶養者の認定を取り消す場合があります。

令和1年5月1日 改

この証明者欄には、事業主、民生委員または町内会長のいずれかのうち、事情を最もよく知っている方が証明し押印してください。事業主が証明する場合は、事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入し押印してください。法人の場合は、代表者印を忘れずに押印してください。

被保険者が退職または死亡したとき

3 被保険者資格喪失届

被保険者が退職したときや、死亡したときは、資格喪失届を提出します。

添付書類

- ☆保険証（被保険者及び被扶養者）
- ☆高齢受給者証
- ☆特定疾病療養受療証
- ☆限度額適用・標準負担額減額認定証
- ☆限度額適用認定証

(注) 喪失届には、交付されているすべての証の添付が必要となります。

やむを得ず、届出に添付できない場合は、備考欄に理由を記入し後日ご返却ください。また、紛失してしまったり、回収できなかったときには保険証に代えて「滅失・回収不能届」をご提出ください。

(注) 60歳以上の被保険者を退職後1日の間もなく再雇用する場合は、資格喪失届とともに同日付の資格取得届（扶養家族がいる場合は被扶養者（異動）届）①「就業規則の写し」、②「退職辞令の写し」のどちらかひとつ、及び継続して再雇用されたことがわかる③「雇用契約書の写し」。または④「事業主の証明」（退職日と再雇用された日の記載があり、事業主印の押印があるもの、※原本）が必要となります。〔①、②のどちらかひとつ、及び③〕または〔④〕

提出期限

☆資格喪失日から5日以内。

留意点

☆被保険者の資格は、次に該当する日の翌日に喪失します。

- ・事業所の業務に使用されなくなった日（退職日等）
- ・死亡した日
- ・臨時雇用に切り替わるなど、適用除外になった日（正社員→パート等）（特定適用事業所（※1）において一部例外あり）
- ・事業所が廃止になった日

☆月末退職の場合は翌月1日が喪失日。

たとえば、8月31日に退職した場合は、9月1日が資格喪失日となります。

☆在職中の保険証は退職日までしか使用できません。

資格を喪失した場合は、扶養家族の分も忘れずに喪失届に添えてご返納ください。

（※1）特定適用事業所については、19. 「被保険者区分変更届」で確認してください。

保険証の記号を記入してください。

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入し押印してください。法人の場合は代表者印を忘れずに押印してください。

健康保険 被保険者資格喪失届

健康保険被保険者証の記号
9 5 0

		課長	係長	係員

※事業主印を押印してください。

郵便番号 事業所所在地
〒453-0804 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地

事業所名称 事業主氏名 電話番号
愛鉄工業 株式会社 代表取締役社長 愛鉄 連太郎

◎事業主の押印については署名(自筆)の場合は要しないものであること。

保険証の番号を記入してください。

該当する項目を○で囲み、退職・死亡等の年月日を必ず記入してください。

郵便番号を忘れずに記入してください。

該当する項目を○で囲み、保険証の枚数を記入してください。なお、保険証の添付がない場合は備考欄に理由を記入してください。

健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名	生年月日	種別(性別)	資格喪失年月日 (退職または死亡の日の翌日)	資格喪失原因	標準報酬月額	被保険者証の有無 (被保険者用)	被扶養者の有無	被保険者証の回収区分	備考
70	愛知 鉄郎	昭5平7 351009	(男)1 (女)2	令和1 010601	死亡5	380	添付1 返不能2 減失3	無 有	添付1 返不能1 減失1	退職 1年5月31日
郵便番号	住所	フリガナ								電話番号(連絡先)
453-0804	愛知 都道 名古屋市中区金山1-12-123									

第 令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印

愛鉄連健康保険組合 理事長 殿
(令和1年5月1日 改)

資格喪失後の住所(番地・マンション・アパート等の名称まで)電話番号も忘れずに正しく記入してください。

資格喪失日を記入してください。退職・死亡の場合→その翌日

最終の標準報酬月額を記入してください。

資格喪失届に保険証等を添付できないとき

4 資格喪失後・被扶養者削除・有効期限後の被保険者証等 滅失・回収不能届

資格喪失届には保険証等を添付することとされていますが、紛失してしまったり事業主が被保険者から回収できなかったときには、保険証等に代えて滅失・回収不能届を提出します。

添付書類

☆特にありません。

提出時期

- ☆資格喪失時。
- ☆被扶養者削除時。
- ☆有効期限を過ぎた時。

留意点

- ☆保険証を「滅失したとき」と「回収できないとき」に区別して記入します。
- ☆滅失・回収不能届の提出後、保険証等が発見または回収された場合には、すみやかに健康保険組合へ返納してください。
- ☆資格喪失後に保険証等を使用すると、治療費を返還していただくこととなりますので、ご注意ください。

◆滅失のとき（なくしたとき）◆回収不能のとき（連絡がとれないとき）
 どちらか該当する方に記入してください。

保険証の記号・番号を記入してください。

該当する証を○で囲ってください。

退職後に転居される場合は、転居先の住所を記入してください。

資格喪失後・被扶養者削除・有効期限後の **滅失**
 被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証 回収不能届

		課	長	係	長	係	員

被保険者証の記号・番号	950 70	被保険者氏名	愛知 鉄郎	性別	男	被保険者生年月日	昭平令 35年 10月 9日
被保険者の現住所または最後の住所	〒460-0026 名古屋市中区金山1-12-123						
資格取得年月日	昭平令 60年 4月 1日	資格喪失年月日	令和 1年 6月 1日				

被保険者の所在などが不明のため保険証を回収できないときに記入してください。

保険証を滅失したときに記入してください。

保険証を滅失された方や回収不能の方の氏名・続柄をすべて記入し、該当する証を○で囲ってください。

被保険者の住所、氏名を記入し押印してください。

事業所所在地、名称、事業主氏名を記入し押印してください。法人の場合は、代表者印を忘れずに押印してください。

◆ 滅失のとき（なくしたとき）			◆ 回収不能のとき（連絡がとれないとき）		
証を滅失された方の氏名	続柄	証の種別 ※該当するものに○を付してください。	証を回収できない方の氏名	続柄	証の種別 ※該当するものに○を付してください。
愛知 鉄郎	本人	被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証 (有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証 (有効期限:平・令年月日)			被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証 (有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証 (有効期限:平・令年月日)
		被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証 (有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証 (有効期限:平・令年月日)			被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証 (有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証 (有効期限:平・令年月日)
		被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証 (有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証 (有効期限:平・令年月日)			被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証 (有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証 (有効期限:平・令年月日)
		被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証 (有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証 (有効期限:平・令年月日)			被保険者証 特定疾病療養受療証・限度額適用認定証 (有効期限:平・令年月日) 高齢受給者証 (有効期限:平・令年月日)
滅失した年月日	令和 1年 5月 1日		回収できない理由および返納を督促した状況		
滅失した場所 (わかる範囲で)	(場所) 名古屋市中区栄9-8-7 名古屋栄病院内		退職の理由		
滅失した理由 (くわしく)	(理由) 令和1年5月1日、名古屋栄病院内で落とした。		※未回収証により、資格喪失後受診が判明した場合は事業主様へご一報させていただく場合がありますのでご了承ください。 上記のとおり回収できませんのでお届けします。なお今後も回収に努めることを誓約します。 令和 年 月 日		
上記のとおり滅失しましたが、発見したときにはただちに返納します。 令和 1年 5月 15日			事業所の所在地		
被保険者の住所 名古屋市中区金山1-12-123 氏名 愛知 鉄郎			事業所の名称		
事業所の所在地 名古屋市中区黄金通1丁目18番地 名称 愛鉄工業株式会社 事業主の氏名 代表取締役社長 愛鉄 連太郎工業 愛鉄連健康保険組合 理事長 殿			事業主の氏名 愛鉄連健康保険組合 理事長 殿		

事業所所在地、名称、事業主氏名を記入し押印してください。法人の場合は、代表者印を忘れずに押印してください。

【令和1年5月1日改】

毎年7月1日現在の全被保険者の報酬を届け出るとき

5 被保険者報酬月額算定基礎届

毎年7月1日現在の被保険者全員について、4月・5月・6月に支払った給料を届け出てください、新しい標準報酬月額を決定する届書です。この届書により決定された標準報酬月額は、今後の給料に著しい変動が生じない限り、その年の9月から向こう1年間、保険料の計算や保険給付の計算の基礎となります。

添付書類

☆算定基礎届総括表。

提出時期

☆7月1日から10日

留意点

☆届出の対象となるのは、毎年7月1日現在の被保険者全員で、病気やけが、産前産後休業や育児休業、介護休業等で休職中の方も記載が必要になります。なお、その年の6月1日以降に資格取得された方（定年後再雇用を含む）は対象外となります。

☆支払基礎日数は、4月・5月・6月の各月の報酬の支払基礎となった日数を記入していただきます。具体的には、月給者および日給月給者は暦日を記入します。ただし、欠勤日数分だけ給料が差し引かれる場合は、事業所の定めた支払基礎日数または稼働日数から欠勤日数を差し引いた後の日数となります。なお、有給休暇は支払基礎日数に含みます。また、日給者および時間給者は、出勤日数と有給休暇を加えた日数を記入します。

☆給与月額には、4月・5月・6月の各月に支払われたすべての報酬を記入してください。なお、賞与、決算手当などについては、支給回数が年に3回以下であれば報酬に含まれませんが、4回以上支給した場合は報酬に含んで計算します。また、食事、住宅、被服、定期券などのように、金銭以外で支給される「現物給与」については、下記の標準価額に基づき金銭に換算して記入してください。

<愛知県>※他の都道府県については組合ホームページで確認してください。

【現物給与の標準価額表】平成31年4月1日適用

食 事			住 宅	その他
区分	1日当たり	1か月当たり		
朝食	170円	5,100円	1人1か月当たりの 住宅の利益の額 (畳1畳につき) 1,470円	時価
昼食	230円	6,900円		
夕食	270円	8,100円		
三食	670円	20,100円		

【現物給与の注意点！】

1. 被保険者から徴収している金額が標準価額に満たないときは、その差額を記入してください。
2. 食事については、標準価額の2/3以上徴収しているときは、記入する必要はありません。(⇒次頁参照)
3. 定期券を3か月、あるいは6か月ずつ支給するような場合は、購入価額を月割りにしてそれぞれの月に記入してください。
4. 計算の結果、端数が生じた場合は1円未満を切り捨てます。

☆パートタイマーの算定基礎届の取扱いについては、備考欄に「パート」と記入し、支払基礎日数が17日未満の場合でも給与月額を記入してください。標準報酬月額の決定にあたり、算定月のすべての支払基礎日数が17日未満の場合は、その支払基礎日数が当該被保険者について恒常的なものと認められる場合（おおむね15日以上）、その月の報酬を標準報酬月額決定の基礎とします。

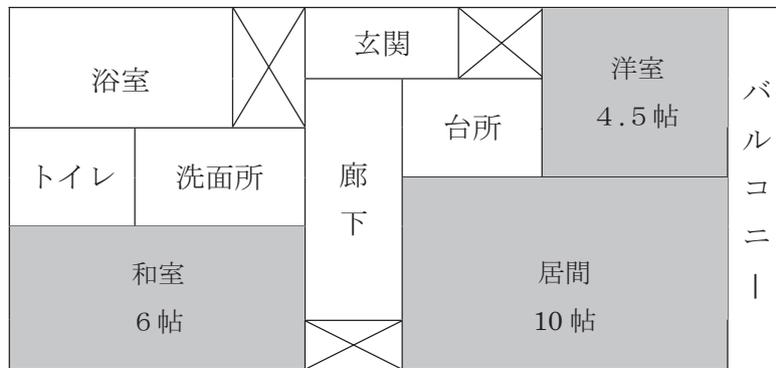
☆特定適用事業所（※1）に勤務する短時間労働者（3／4未満）の算定基礎届の取扱いについては報酬支払の基礎となった日数が11日以上である月を算定の対象月として取扱う為、該当者のチェックボックスに☑を入れてください。

（※1）特定適用事業所については、19. 「被保険者区分変更届」で確認してください。

住宅で支払われる報酬等

- 価額の算出に当たっては、居間、茶の間、寝室、客間、書斎、応接間、仏間、食事室など居住用の室を対象とします。そのため、玄関、台所（炊事場）、トイレ、浴室、廊下、農家の土間など、また、店、事務室、旅館の客室などの営業用の室は含めないことになります。

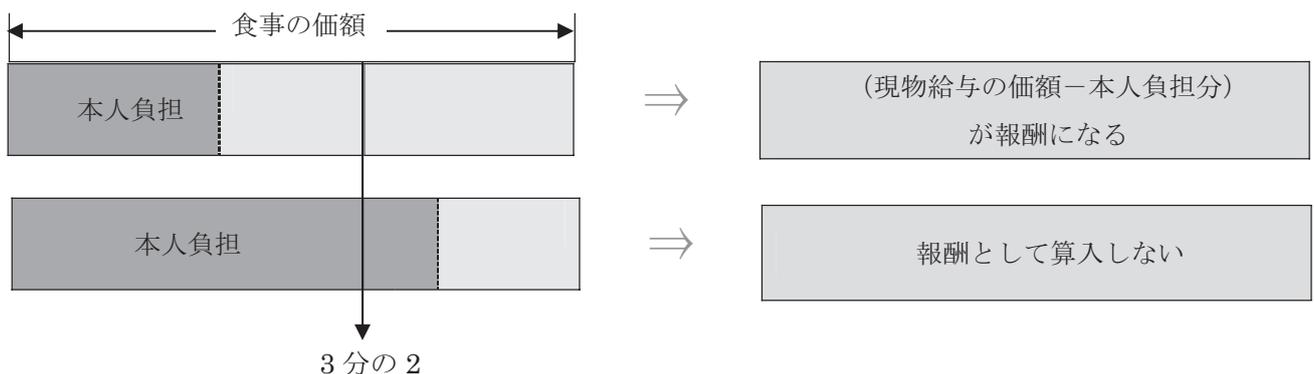
[例]



の部分が対象となります。

食事で支払われる報酬等

- 現物給与に相当するもののうち、告示額の3分の2以上に相当する額を食費として徴収されている場合には、現物による食事の供与はないものとして取扱うことになります。



「給料が末日締切で翌10日支払いの記入例」
 「支払基礎日数」は、有休等を含めた報酬の計算のもととなった日数を記入してください。
 4月の記入例では、3/1~3/31を4/10に支払うため基礎日数は31日となります。

「通貨によるものの額」は、4月、5月、6月に通貨により支払われた報酬、(通勤手当、昇給差額を含む)を記入してください。5月の記入例では、5/10に支払う給料の総額を記入してください。

「現物によるものの額」欄
 食事、在宅、定期券等、現物給与の支給がある場合に記入します。
 その場合、現物給与の標準価額にもとづき、金銭に換算して記入してください。

〔種(性)別〕
 男……1
 (基金に加入している方は5)
 女……2
 (基金に加入している方は6)
 を記入してください。

「昇(降)給差の月額」欄
 「昇(降)給月」欄
 昇(降)給のいずれかを記載し、昇(降)給差の月額、および昇(降)給の支払い、ならびに選及分の支払いが行われた月を記入してください。

「修正平均額」欄
 昇給がさかのぼったため、算定基礎月中に差額分が含まれているときは、差額を除いた3か月の平均額を記入してください。
 また、「備考」欄に記載例のように記入してください。

健康保険被保険者証の記号を記入してください。

健康保険被保険者証の番号を記入してください。

「生年月日」欄
 昭和生まれ「5」
 平成生まれ「7」
 で示します。

健康保険被保険者証の記号		健康保険被保険者証の番号		健康保険被保険者の区分		被保険者の氏名		生年月日		従前の標準報酬月額		従前の改定月・原因	
950		2		2		石田 和夫		54011301		280		30年7月	
支払基礎日数	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	決定後の標準報酬月額	昇(降)給差の月額	昇(降)給月	備考				
4月31日	281,500	15,000	296,500	894,670	298,223	280	7,500	31年4月	選及支払額				
5月30日	283,520	15,000	298,520	298,223	298,223	280			昇(降)給差				
6月31日	284,650	15,000	299,650	300	300	300			昇(降)給月				
健康保険被保険者証の記号		健康保険被保険者証の番号		健康保険被保険者の区分		被保険者の氏名		生年月日		従前の標準報酬月額		従前の改定月・原因	
8		8		2		桜井 洋子		54009102		150		30年9月	
支払基礎日数	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	決定後の標準報酬月額	昇(降)給差の月額	昇(降)給月	備考				
4月31日	145,000	0	145,000	515,000	171,666	150	40,000	1年5月	選及支払額				
5月30日	205,000	0	205,000	171,666	158,333	150			昇(降)給差				
6月22日	165,000	0	165,000	160	160	160			昇(降)給月				
健康保険被保険者証の記号		健康保険被保険者証の番号		健康保険被保険者の区分		被保険者の氏名		生年月日		従前の標準報酬月額		従前の改定月・原因	
10		10		1		愛知 一郎		53507031		980		30年9月	
支払基礎日数	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	決定後の標準報酬月額	昇(降)給差の月額	昇(降)給月	備考				
4月31日	1,005,000	0	1,005,000	3,065,000	1,021,666	980	50,000	1年6月	選及支払額				
5月30日	1,005,000	0	1,005,000	1,021,666	1,021,666	980			昇(降)給差				
6月31日	1,055,000	0	1,055,000	1030	1030	1030			昇(降)給月				
健康保険被保険者証の記号		健康保険被保険者証の番号		健康保険被保険者の区分		被保険者の氏名		生年月日		従前の標準報酬月額		従前の改定月・原因	
15		15		1		山本 太郎		7106181		240		30年9月	
支払基礎日数	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	決定後の標準報酬月額	昇(降)給差の月額	昇(降)給月	備考				
4月17日	244,000	0	244,000	511,000	255,500	240	5,000	31年3月	選及支払額				
5月16日	267,000	0	267,000	255,500	255,500	240			昇(降)給差				
6月20日	267,000	0	267,000	260	260	260			昇(降)給月				
健康保険被保険者証の記号		健康保険被保険者証の番号		健康保険被保険者の区分		被保険者の氏名		生年月日		従前の標準報酬月額		従前の改定月・原因	
事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入し押印してください。法人の場合は、代表者印を忘れずに押印してください。 〒453-0804 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地 愛鉄工業株式会社 代表取締役社長 愛鉄 連太郎 愛鉄工業 事業主氏名 電話番号 (052) 461-6131 令和1年7月3日提出 愛鉄連健康保険組合理事長 殿 (令和1年5月1日改)													

〔17日未満の月がある場合の記入例〕
 17日未満の月については基礎日数だけを記入し、報酬については記入しないでください。なお、パートタイマーの場合はすべて記入してください。
 平均額は17日以上月だけで算出してください。

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入し押印してください。法人の場合は、代表者印を忘れずに押印してください。

特定適用事業所に勤務する短時間労働者(3/4未満) 該当者は、こちらに☑を入れてください。

昇（降）給などにより給料が大幅に変動したとき

6 被保険者報酬月額変更届

標準報酬月額は、毎年1回算定基礎届により決定されますが、ベースアップ、昇（降）給、給与体系の変更などにより、給料が大幅に変動した場合には、被保険者報酬月額変更届により、変更後の給料を受けはじめた月から4か月目に改定されます。

提出時期

☆昇（降）給などにより固定的賃金に変動があり、その賃金を支給した月から、3か月を経過したとき。

留意点

☆月額変更は、次の三つの条件のすべてに該当した場合に行われます。

1. 昇（降）給などで固定的賃金に変動があったとき。
2. 固定的賃金に変動があり、その給料を支払った月から継続した3か月すべての支払基礎日数が17日以上だったとき。
3. 上記の3か月の給料（残業などの非固定的賃金も含む）の平均額から算出した標準報酬月額と従来の標準報酬月額を比較して、2等級以上の差が生じたとき。

☆固定的賃金とは、基本給、役付手当、家族手当、通勤手当など支給される額や率が決まっているもので、非固定的賃金とは、残業手当、能率手当、皆勤手当など稼働実績によって増減するものをいいます。

(注) 固定的賃金の変動の一例

- ・昇（降）給、ベースアップ（ダウン）。
- ・時間給や日給の基礎単価の変更および歩合給などの単価や歩合率の変更。
- ・日給から月給などの給与体系の変更。
- ・役付手当、家族手当、住宅手当など新たに固定的な手当がついたり、支給額が変わったとき。

☆次の場合は月額変更の要件には該当しませんので、ご注意ください。

1. 非固定的賃金（残業手当等）のみの賃金の増減は月額変更には該当しません。
2. 固定的賃金が上がったのに、残業手当などの非固定的賃金が下がったことにより、標準報酬月額が2等級以上下がったという場合には、月額変更にはなりません。また、固定的賃金が下がったのに、非固定的賃金が上がったために2等級以上標準報酬月額が上がった場合も、月額変更の対象にはなりません。

☆特定適用事業所（※1）に勤務する短時間労働者（3/4未満）の月額変更届の取扱いについては、報酬支払の基礎となった日数が11日以上である月を算定の対象月として取扱う為、該当者のチェックボックスに☑を入れてください。

（※1）特定適用事業所については、19. 「被保険者区分変更届」で確認してください。

【月額変更該当の条件】

固定的賃金の変動						
支払基礎日数（3か月とも）	17日以上	17日以上	17日以上	17日以上	17日以上	17日以上
報酬の平均額						
2等級以上の差	あり	なし	あり	あり	なし	あり
月額変更	該当	不該当	不該当	該当	不該当	不該当

(注) 固定的賃金の変動し、さかのぼって差額が支給された場合は、月額変更届を提出していただく時に修正平均額を算出して記入してください。その場合、この修正平均額が標準報酬月額となります。

保険証の記号を記入してください

健康保険 被保険者報酬月額変更届

第()業

健康保険被保険者証の記号 **950**

課長	係長	係員
----	----	----

社会保険労務士記載欄

健康保険被保険者証の番号	被保険者の区分	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
⑦	①	②	③	④	⑤	⑥
⑧	算定対象月の報酬支払基礎日数	報酬月額	3か月の総計	改定年月	平均額	修正平均額
⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮

保険証の番号を記入してください

健康証番号 **10** □短時間労働者(3/4未満)
 氏名 **清水 三郎** 年号生年月日種別 **5,38 09 01 1**
 健康の従前 **2,400** 千円 30年7月
 健康の改定 **2,800** 千円
 支払基礎日数
 前3月日 4月31日 金額によるもの額 **270,000** 円 現物によるもの額 **0** 円 合計 **270,000** 円
 前2月日 5月30日 金額によるもの額 **270,000** 円 現物によるもの額 **0** 円 合計 **270,000** 円
 前1月日 6月31日 金額によるもの額 **270,000** 円 現物によるもの額 **0** 円 合計 **270,000** 円
 総計 **810,000** 円 改定年月 年 月 備考
 令 **1** 07
 ⑯ 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 30,000 円 3月
 ⑰ 昇(降)給のいづれかを○で囲み、昇(降)給の月額、および昇(降)給の支払いが行われた月を記入してください。

〔種(性)別〕
 男……1
 女……2
 を記入してください。

〔昇(降)給差の月額〕
 「昇(降)給月」欄
 昇(降)給のいづれかを○で囲み、昇(降)給の月額、および昇(降)給の支払いが行われた月を記入してください。

健康証番号 **13** □短時間労働者(3/4未満)
 氏名 **三木 和男** 年号生年月日種別 **5,50 03 20 1**
 健康の従前 **2,000** 千円 30年9月
 健康の改定 **2,400** 千円
 支払基礎日数
 前3月日 3月28日 金額によるもの額 **260,000** 円 現物によるもの額 **3,000** 円 合計 **263,000** 円
 前2月日 4月31日 金額によるもの額 **230,000** 円 現物によるもの額 **3,000** 円 合計 **233,000** 円
 前1月日 5月30日 金額によるもの額 **230,000** 円 現物によるもの額 **3,000** 円 合計 **233,000** 円
 総計 **729,000** 円 改定年月 年 月 備考
 令 **1** 06
 ⑯ 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 30,000 円 3月
 ⑰ 昇(降)給のいづれかを○で囲み、昇(降)給の月額、および昇(降)給の支払いが行われた月を記入してください。

〔さかのぼり昇給により差額支給した方の例〕
 2月から昇給し、昇給差額を3月に支給した場合、月額変更届は、3月・4月・5月について作成します。なお、このような場合には差額を除外した「修正平均額」を算出し記入してください。

健康証番号 **14** □短時間労働者(3/4未満)
 氏名 **山田 五郎** 年号生年月日種別 **5,58 10 05 1**
 健康の従前 **1,330** 千円 30年9月
 健康の改定 **1,390** 千円
 支払基礎日数
 前3月日 5月30日 金額によるもの額 **1,415,000** 円 現物によるもの額 **0** 円 合計 **1,415,000** 円
 前2月日 6月31日 金額によるもの額 **1,415,000** 円 現物によるもの額 **0** 円 合計 **1,415,000** 円
 前1月日 7月30日 金額によるもの額 **1,415,000** 円 現物によるもの額 **0** 円 合計 **1,415,000** 円
 総計 **4,245,000** 円 改定年月 年 月 備考
 令 **1** 08
 ⑯ 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 110,000 円 5月
 ⑰ 昇(降)給のいづれかを○で囲み、昇(降)給の月額、および昇(降)給の支払いが行われた月を記入してください。

健康証番号 **16** □短時間労働者(3/4未満)
 氏名 **東海 一郎** 年号生年月日種別 **7,1 07 05 1**
 健康の従前 **1,900** 千円 30年9月
 健康の改定 **2,200** 千円
 支払基礎日数
 前3月日 4月31日 金額によるもの額 **210,000** 円 現物によるもの額 **0** 円 合計 **210,000** 円
 前2月日 5月30日 金額によるもの額 **210,000** 円 現物によるもの額 **0** 円 合計 **210,000** 円
 前1月日 6月31日 金額によるもの額 **210,000** 円 現物によるもの額 **0** 円 合計 **210,000** 円
 総計 **630,000** 円 改定年月 年 月 備考
 令 **1** 07
 ⑯ 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 20,000 円
 ⑰ 昇(降)給のいづれかを○で囲み、昇(降)給の月額、および昇(降)給の支払いが行われた月を記入してください。

健康証番号
 氏名
 年号生年月日種別
 健康の従前 千円 年 月
 健康の改定 千円
 支払基礎日数
 前3月日 月 日 金額によるもの額 円 現物によるもの額 円 合計 円
 前2月日 月 日 金額によるもの額 円 現物によるもの額 円 合計 円
 前1月日 月 日 金額によるもの額 円 現物によるもの額 円 合計 円
 総計 円 改定年月 年 月 備考
 令 修正平均 円 修正平均 円
 ⑯ 昇(降)給差の月額 昇(降)給月 年 月
 ⑰ 昇(降)給のいづれかを○で囲み、昇(降)給の月額、および昇(降)給の支払いが行われた月を記入してください。

事業所所在地 〒 **453-0804**
 名称 **名古屋市中村区黄金通1丁目18番地 愛鉄工業株式会社**
 代表取締役社長 **愛鉄 連太郎**
 事業主氏名
 電話番号 (**052**) **461-6131**

令和 1 年 8 月 10 日 提出

受付日付印

愛鉄連健康保険組合理事長 殿
 (令和1年5月1日 改)

〔標準報酬月額1,330千円の方が月額変更該当する例〕
 健康保険の従前の標準報酬月額が「1,330千円」である方が、平均報酬が「1,415千円」以上となった場合、1等級でも該当します。

全ての届出書に事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入し押印してください。
 法人の場合は、代表者印を忘れずに押印してください

特定適用事業所に勤務する短時間労働者(3/4未満)該当者は、こちらに☑を入れてください。

賞与等が支払われたとき

7 被保険者賞与支払届

被保険者に対して賞与（賃金、給与、俸給、手当、賞与、その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が労働の対償としてうけるもののうち、3か月を超える期間ごとにうけるもの）を支払った場合、被保険者ごとの支給額等を記載した「賞与支払届」を提出します。

添付書類

☆被保険者賞与支払届総括表。

提出期限

☆賞与を支払った日から5日以内。

留意点

☆同月内に賞与が2回以上支給された場合は合算して記載してください。

☆賞与支払届の用紙は、各事業所の賞与支払予定月の前月までに事業所宛てにお送りいたします。事業主は、賞与の支払いがあった場合、「賞与支払届」または日本年金機構が提供する「届書作成プログラム」を用いて作成した電子媒体を健康保険組合に提出してください。なお、賞与の支払いがなかった場合でも、「賞与支払届総括表」にその旨記入し、総括表のみ提出してください。

☆従来とは異なった月に賞与を支払ったり、賞与の支払月を変更したような場合には、賞与支払届が送られないことがあります。その場合は、届出用紙をお送りいたしますので、健康保険組合にご連絡ください。

☆賞与が支払われた被保険者（育児休業期間中を除く）に対して、標準賞与額に毎月の保険料と同じ保険料率（介護保険第2号被保険者は、一般保険料率+介護保険料率）を掛けた額が徴収されます。なお、標準賞与額とは、各被保険者への1回ごとの賞与支給額の1,000円未満を切り捨てたもので、健康保険は年度累計573万円の上限が設けられています。この上限を超える金額には、保険料はかかりませんが届出の必要があります。

☆賞与についての保険料徴収月は、一般保険料と同じで、被保険者の資格を取得した月から徴収し、喪失した月は徴収しません。

☆平成31年1月より「賞与」と「報酬」の取扱いが明確化されました。毎年7月1日の時点で「賃金」等として毎月支給されるもの（通常の報酬）以外の「賞与」の支給が下記①、②に当てはまる場合、その賞与は「賞与に係る報酬」となり報酬として取扱います。

- ① 賞与の支給が給与規定、賃金協約等の諸規定によって年間を通じ4回以上の支給につき客観的に定められているとき(※1)
- ② 賞与の支給が7月1日前の1年間を通じ4回以上行われているとき

賞与の支給回数が、その年の7月2日以降に新たに年間を通じて4回以上または4回未満に変更された場合でも、次期の定時決定（7月、8月又は9月の随時改定を含む）までの間は、報酬に係るその賞与の取扱いは変わりません。

(※1)「4回以上の支給が客観的に定められている」とは

諸手当等の支給の可能性が諸規定に定められているだけでなく、基本的に諸手当等の支給が想定される場合をいいます。諸規定の表記が「支給することができる」「勤務成績の上位の者のみに支給する」など、必ず支給されると想定できない場合には、支給実績が4回以上であるかどうかで判断することになります。

支払予定年月に賞与の支給があった場合には、「支給0」に丸印をつけてください。また、支払年月に支給がなかった場合には、「不支給1」に丸印をつけてください。

健康保険 被保険者賞与支払届 総括表

この総括表は、賞与の支給・不支給にかかわらず、ご提出ください。

課長 係長 係員

① 健康保険被保険者証の記号
950

② 賞与支払予定年月
1 年 06 月

③ 賞与支払年月
(予定と異なる場合のみ記入)
年 月

④ 支給・不支給
支給 0 ・ 不支給 1

健康保険の被保険者ごとの賞与額（被保険者ごとに支給した賞与の1,000円未満を切り捨てた額）を集計した総額を記入してください。

⑤ 健康保険の被保険者に賞与を支給した人数
6

⑥ 健康保険の被保険者に支払った標準賞与額の総額
円
7 7 4 2 0 0 0

⑦ 賞与を支給した日に現存する健康保険の被保険者人数
6

⑧ 支給した賞与の名称
夏季賞与

⑨ 変更前の賞与支払予定月
6 1 2

⑩ 変更後の賞与支払予定月

賞与の支払予定月が変更になった場合に記入します。（変更なしの場合は空欄で可）

【記入の方法】

- この総括表は、賞与の支給・不支給にかかわらず、ご提出ください。
- ①には、健康保険被保険者証の記号を記入してください。
- ③には、賞与の支払年月が②と異なる場合に記入してください。
- ④には、賞与の支給があったとき、「支給0」に○印を付けてください。また、支給が無かったとき、「不支給1」に○印を付けてください。
- ⑤には、賞与を支払った健康保険の被保険者人数を記入してください。また、賞与の支給が無い場合は記入しないでください。
- ⑥には、健康保険の被保険者ごとの標準賞与額（被保険者ごとに支給した賞与の1,000円未満を切り捨てた額）を集計した総額を記入してください。また、賞与の支給が無い場合は記入しないでください。
- ⑦には、賞与を支給した日現在の、健康保険の被保険者総人数を記入してください。
- ⑧には、賞与、決算手当、期末手当などのように、支給した賞与の名称を記入してください。
- ⑩には、現在の賞与支払予定月が、⑨と異なる場合に記入してください。
- 原則として、事業主の押印については、事業主が署名（自筆）した場合は省略できます。

社会保険労務士の提出代行者印

令和 1 年 6 月 21 日提出

受付日付印

事業所 〒453-0804
所在地 名古屋市中村区黄金通1丁目
事業所名称 愛鉄工業株式会社
事業主氏名 代表取締役社長 愛鉄 連太郎
電話番号 (052) 461-6131

愛鉄連健康保険組合理事長 殿
(令和1年5月1日 改)

②と違う月に支給した場合に記入してください。（同じ場合は空欄可）

賞与を支給した被保険者の数を記入してください。

賞与を支給した日に現存する被保険者数を記入してください。

「夏季賞与」「決算手当」「期末手当」などのように支給した賞与の名称を記入してください。

代表者印を押印してください。

※電子媒体により賞与支払届の提出をされる事業所は、この総括表の他に「磁気媒体届書総括票」が必要となります。

保険証の記号を記入してください。

健康保険被保険者賞与支払届

第()类

①賞与支払年月日
令和 1 年 6 月 9 日

		課長	係長	係員

②健康保険被保険者証の記号
950

③賞与支払予定年月
令和 1 年 6 月

賞与の支払年月日を記入してください。

保険証の番号を記入してください。

④健康保険被保険者証の番号	⑤生年月日	⑥賞与支払年月日	⑦健康保険の標準賞与額(合計)	⑧被保険者の氏名	⑨種別	備考
				⑩通貨によるものの額	⑪現物によるものの額	

①と違う日に賞与を支給した人のみ年月日を記入してください。(同じ人は空欄で可)

健康証番号	元	号	年	月	日	賞与支払年月日	健康の標準賞与額(合計)	被保険者氏名	種別
2	5	28	10	18		令和 1 年 6 月 20 日	5 7 3 0	愛鉄 一郎	1
								6,000,000	
8	5	21	9	10			8 5 6	愛鉄 太郎	1
								856,700	
10	5	33	7	3			6 9 3	高橋 涼介	1
								643,251	50,000
15	5	52	6	6			4 2 3	伊佐次由美奈	2
								423,412	
17	5	20	2	23		令和 1 年 6 月 20 日		近藤 勇	1
								1,800,000	
21	5	31	2	6		令和 1 年 6 月 20 日	4 0	鈴木 功	1
								2,000,000	

賞与を通貨以外の現物により支給した金額を記入してください。

賞与を通貨によって支給した金額を1円の位まで記入してください。

標準賞与額が年度累計で573万円を超える標準賞与額については保険料はかかりません。

通貨により支給した金額と現物により支給した金額の合計を記入してください。(1,000円未満切り捨て)
※健康保険は年度累計5,730千円が上限になります。

社会保険労務士の提出代行者印

令和 1 年 6 月 21 日提出

受付日付印

事業所 〒453-0804
所在地 名古屋市市中村区黄金通1丁目18番地
事業所名称 愛鉄工業株式会社
事業主氏名 代表取締役社長 愛鉄 連太郎
電話番号 (052) 461 - 6131



◎ 記入方法が裏面にありますので、よく読んで記入してください。

愛鉄連健康保険組合理事長 殿
(令和元年5月1日 改)

代表者印を押印してください。

退職後も引き続き健康保険に加入したいとき

8 任意継続被保険者資格取得申請書

会社を退職すると健康保険の被保険者の資格を喪失しますが、被保険者期間が2か月以上ある場合には、引き続き2年間、個人で被保険者となることができます。任意継続被保険者になることが認められると新たに保険証が交付されます。

添付書類

☆記号・番号を記入して申請する場合は特にありません。マイナンバー（個人番号）を記入して申請する場合は、下記の留意点をご覧ください。

提出時期

☆資格喪失日から20日以内（20日以上経過しますと手続きができなくなります）。

提出方法

【健康保険組合の窓口へお越しいただく場合】

- ・退職の翌日から20日以内に、組合へ保険料をお持ちください。

【郵送によりお届けいただく場合】

- ・現金書留に申請書と保険料（おつりのないよう）を同封し、退職の翌日から20日以内に組合へ届くようにお送りください。

留意点

☆在職中の被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー（個人番号）の記入は不要です。

☆被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合

- ・備考欄へマイナンバーを記入してください。
- ・マイナンバーを記入した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」をする為の添付書類が必要となります。

☆保険料（介護保険該当者は、介護保険料を含む）は、全額自己負担となります。なお、原則として、任意継続を申請すると同時に初回保険料を納入していただきます。

A月		A+1月	保険料
	喪失日 ↓	申請書提出日 ↓	1か月分
被保険者	任意継続被保険者		
A月		A+1月	保険料
	喪失日 ↓	申請書提出日 ↓	2か月分
被保険者	任意継続被保険者		

* 退職日の翌日が属する月の翌月に手続きされる場合は、2か月分の保険料が必要となります。

☆資格喪失時に被扶養者となられていた方で、引き続き被扶養者として申請を希望される場合は、任意継続被保険者資格取得申請書にご記入ください。

☆初回以降の保険料の納付期限は、その月の10日までです。納付期限までに保険料を納めないと、被保険者の資格を喪失します。なお、保険料の納付には「前納」の制度もあります。

☆保険料の金額など詳細につきましては、健康保険組合におたずねください。

在職中の保険証の記号・番号を記入してください。

健 保 記 入 欄	総務			業務			初回保険料				
	課長	係長	係員	課長	係長	係員	証送付				
	資格取得			資格喪失 任継取得			期間満了			生年月日	S H R
	標準報酬 月額	喪失時	決定	一般保険料	介護保険料	合計	任継番号	入金額			円
			上限								

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

※手続き方法及び保険料納付方法の注意事項は裏面にあります。ご一読いただき、下記の該当箇所にもれなくご記入ください。なお、初回保険料額は組合へお問い合わせください。
 在職中より被扶養者がいる方で引き続き被扶養者として認定を希望される場合は⑥に記載してください。
 任意継続資格取得日以降新たに被扶養者となられる方がいる場合は「被扶養者(異動)届」等を別途提出してください。

会社を退職した日の翌日を記入してください。

① 健康保険被保険者証の記号・番号	950	81
② 資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和1年5月1日	③ 資格喪失の際の標準報酬月額
		410 千円
④ 資格喪失の際、お勤めされていた事業所	名称	愛鉄工業 株式会社
	所在地	名古屋市中区栄2丁目10番19号
⑤ 被扶養者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し	[有り]を○で囲んだ場合は下記の被扶養者届を記入してください。

在職時から引き続き扶養を申請される方は、⑥被扶養者届欄を記入してください。

氏名	性別	生年月日	続柄	同居/別居	年間収入
中村 花子	女	昭平・令58年2月21日	妻	同居	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未満
	男	昭平・令年月日		同居	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未満
	女	昭平・令年月日		同居	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未満
	男	昭平・令年月日		同居	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未満
	女	昭平・令年月日		同居	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未満

※1 60歳以上の方または障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者の方の上記収入基準額は180万円(年間収入)となります。

⑦ 保険料納付方法 □のいずれかにし印を必ずつけてください。	①	②	③
※裏面の注意事項をご確認ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 毎月納付	<input type="checkbox"/> 直近の9月分まで前納 <small>※手続きが9月から2月の方は選択できません。</small>	<input type="checkbox"/> 直近の3月分まで前納

①、②、③の希望するものをひとつ選んで□のいずれかにし印をつけてください。

上記のとおり申請します。
愛鉄連健康保険組合理事長 殿

住所	〒453-0804 名古屋市中村区黄金通1-18
フリガナ	ナカムラ タロウ
氏名	中村 太郎
電話番号	(052)461-6131 携帯番号 (090)1234-5678

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

備考欄

☆お問い合わせ 愛鉄連健康保険組合 業務課 ☎052-461-6131
 ☆郵送先 〒453-0804 名古屋市中村区黄金通1-18 愛鉄連健康保険組合
 ☆退職日までに継続して2か月以上の被保険者期間があること、退職日の翌日から20日以内に組合へ初回保険料を添えて任意継続被保険者資格取得申請書を提出することが、任意継続被保険者になるための条件です。
 (令和1年5月1日 改)

申請する方の住所、氏名を記入し押印してください。なお、フリガナ・電話番号も必ず記入してください。

在職中の被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

被保険者の氏名が変わったとき

9 被保険者氏名 変更・訂正 届

被保険者の方の氏名が変更になったとき、または氏名に間違いがあったときは「被保険者氏名変更・訂正届」を提出します。この届出に基づき、「保険証」の氏名が正しいもの書き換えられます。

添付書類

- ☆保険証（被扶養者がいる場合にはその保険証も添付）。
- ☆被扶養者氏名・生年月日変更（訂正）届（被扶養者がいる場合のみ添付）。

提出期限

- ☆すみやかに。

留意点

- ☆氏名は戸籍上の字体で届け出ていただきますので、変更されたときや、間違いが判明したときに提出します。
- ☆被扶養者がいる場合は、被扶養者それぞれの「被扶養者氏名・生年月日変更（訂正）届」と「保険証」を添付してください。

保険証の記号を記入してください。

保険証の番号を記入してください。

変更するものを○で囲んでください。

健康保険組合被保険者氏名 変更 訂正 届

		課長	係長	係員

◎この届には必ず健康保険被保険者証を添付して提出してください。
 ◎被扶養者がいる場合は、被扶養者それぞれの「被扶養者氏名変更（訂正）届」と「保険証」を添付してください。

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	③ 生 年 月 日	④ 性別	⑤ 備考
950	300	昭和58年7月2日 平成9	男 1 女 2	
④ 被保険者の氏名 (変更後)	(フリガナ) アイチ (氏) 愛知	(名) ケイコ 敬子		
④ 変更前の氏名	(氏) 中村	(名) 敬子		

種別（性別）
 男…1
 女…2
 を○で囲んでください。

変更後となる、
 新たな氏名・フリ
 ガナを記入してく
 ださい。

変更前の氏名を
 記入してくださ
 い。

令和 1 年 5 月 1 日 提出 受付日付印

事業所所在地	〒 460-0008 名古屋市中央区栄二丁目10番19号
事業所名称	愛鉄工業 株式会社
事業主氏名	代表取締役社長 愛鉄連太郎
電話番号	(052) 461 - 6131



社会保険労務士の提出代行者印

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和1年5月1日 改)

※ 在職者以外の方は個人名で届け出てください。

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入し押印してください。
 法人の場合は代表者印を忘れずに押印してください。

被保険者の生年月日が間違っていたとき

10 被保険者生年月日訂正届

被保険者の方の生年月日に間違いがあったときは「被保険者生年月日訂正届」を提出します。この届出に基づき、「保険証」の生年月日が正しいもの書き換えられます。

添付書類

☆保険証（被保険者のみ）。

提出期限

☆すみやかに。

留意点

☆生年月日は戸籍上の日付で届出いただくことになっておりますので、間違いが判明したときに提出します。

保険証の記号を
記入してください。

保険証の番号を
記入してください。

健康保険組合被保険者生年月日訂正届

		課長	係長	係員

◎この届には必ず健康保険被保険者証を添付して提出してください。

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	⑦ 性別	⑧ 被保険者の氏名	
950	81	男 Ⓜ	(氏) 中村	(名) 花子
③ 訂正前の生年月日		④ 生年月日(訂正後)		⑨ 備考
昭. 5 平. 7 令. 9	年 月 日 3 8 0 1 0 5	昭. 5 平. 7 令. 9	年 月 日 3 8 0 1 1 5	

間違っている
生年月日を
記入して
ください。

令和 1 年 5 月 5 日提出

受付日付印

正しい生年月日を記入してください。

事業所所在地	〒 460 - 0008
事業所名称	名古屋市中区栄二丁目10番地29号 愛鉄工業 株式会社
事業主氏名	代表取締役社長 愛鉄連太郎
電話番号	(052) 461 - 6131



社会保険労務士の提出代行者印

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和1年5月1日 改)

※ 在職者以外の方は個人名で届け出てください。

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入し押印してください。
法人の場合は代表者印を忘れずに押印してください。

事業主が変わったとき

11 事業主変更届

法人や個人事業所の代表者が変わったときは、事業主変更届を提出します。

添付書類

☆特にありません。

提出期限

☆変更のあった日から5日以内。

愛鉄連健康保険組合 事業主変更届

健康保険被保険者証の記号
9 5 0

		室長	総務課長	情シス課長	健管課長	業務課長	業務係長	係員

変更後	事業主又は代表者の氏名 (フリガナ) アイテツ	事業主又は代表者の住所
	(氏) 愛鉄	(名) レンタロウ 〒460-0008 名古屋市中区栄二丁目99番9号
変更前	(氏) 愛鉄	(名) 五郎 〒460-0008 名古屋市中区栄五丁目88番8号
変更年月日	令和 1 年 6 月 1 日	備考

自宅の住所を記入してください。

- ※1.事業主に変更があったとき、5日以内に届け出てください。
2.変更前の事業主が死亡した場合、「備考」欄にその旨を記入してください。

上記のとおり届け出します

受付日付印

変更年月日を記入してください。

郵便番号 〒453-0804
事業所所在地 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地
事業所名称 愛鉄工業 株式会社
事業主氏名 代表取締役社長 愛鉄連太郎
電話番号 (052) 461-6131

愛鉄工業
代表者印

令和 1 年 6 月 5 日

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者印

印

(令和1年5月1日 改)

変更後の事業主又は代表者の氏名を記入し、押印してください。

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入し押印してください。法人の場合は代表者印も忘れずに押印してください。

事業所の名称や所在地が変わったとき

12 事業所 名称・所在地 変更届

事業所の名称や所在地が変わったときには、事業所名称・所在地変更届を提出します。

添付書類

☆法人事業所：変更後の法人登記簿謄本の写し。

☆個人事業所：変更後の住民票の写し。

☆保険証（被保険者及び被扶養者）。

(注)所在地変更の場合、保険証に事業所所在地の記載がある証のみ差替え対象となります。詳しくは、健康保険組合にお問合せください。

提出期限

☆変更のあった日から5日以内。

留意点

☆法人登記簿謄本の写しもしくは住民票の写しが必要になりますので、添付してください。

☆市町村合併や区画整理等で、所在地の呼称のみ変更になった場合には、市町村が発行する変更証明もしくは変更通知の写しが必要になります。

愛鉄連健康保険組合 事業所 **名称** **所在地** 変更届

変更するものを
○で囲んでください。

変更年月日を
記入してください。

変更することとなった
理由を記入してください。

健康保険被保
険者証の記号
9 5 0

		室長	総務課長	情シス課長	健管課長	業務課長	業務係長	係員

◎ 健康保険被保険者証(本人及び家族)を添付して提出してください。

変更前
事業所所在地 〒460 - 0008
名古屋市中区栄五丁目77番7号
事業所名称 **有限会社 愛鉄工業**

[注意] 変更のあった事項だけを記入してください。

変更 後	事業所 の 名 称	フリガナ アイテツコウギョウカブシキガイシャ	変 更 年 月 日	変 更 事 由
		愛鉄工業 株式会社	年 月 日 0 1 0 6 0 1	
	事業所 の 所 在 地	郵便番号 4 5 3 - 0 8 0 4 フリガナ ナゴヤシ ナカムラク コガネドオリ	備 考	
		名古屋市中村区黄金通1丁目18番地		有限会社から株式会社へ変更 それに伴い事業所移転

変更のあった事項の
欄だけに記入して
ください。

上記のとおり届け出します 受付日付印

郵便番号 〒453 - 0804
事業所所在地 **名古屋市中村区黄金通1丁目18番地**
事業所名称 **愛鉄工業 株式会社** **愛鉄**
事業主氏名 代表取締役社長 **愛鉄連太郎** **工業**
電話番号 (052) 461 - 6131



令和1年6月5日提出

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者印



変更後の所在地・名称等を記入し押印してください。
法人の場合は代表者印を忘れずに押印してください。

(令和1年5月1日 改)

被保険者が産前産後休業を取得し、保険料の免除を受けるとき

13 産前産後休業取得者申出書

産前産後休業を取得するときには、「産前産後休業取得者申出書」を提出します。

添付書類

☆特にありません。

提出時期

☆被保険者が産休を開始した日以降すみやかに。(提出時期によって手続きが異なりますので下記をご確認ください。)

- ・この申出書は必ず『産前産後休業期間中』に提出してください。

留意点

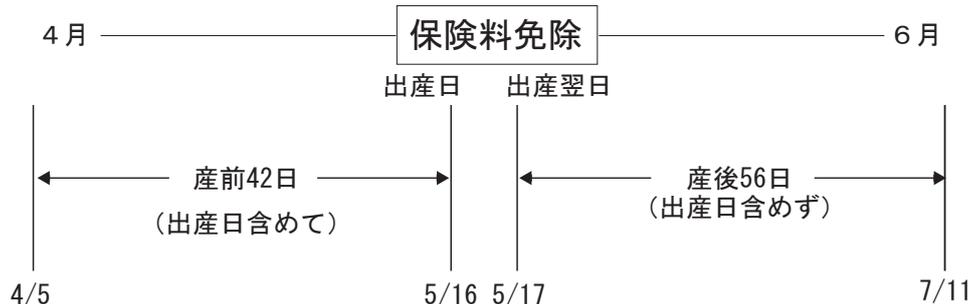
- ・産前産後休業とは、出産(※1)の日(出産の日が出産の予定日後であるときは、出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産の日後56日までの間で妊娠又は出産に関する事由を理由として労務に従事しないこと。

(※1) 出産とは…妊娠4か月(85日)以上の分娩をいい、生産、死産、流産(人工中絶・早産を含む)です。

☆保険料の免除期間

産前産後休業の「開始日の属する月」から「終了日の翌日の属する月の前月」まで。

(例) 被保険者(女性)が5月16日に出産した場合、保険料は4月～6月まで免除されます。



☆産前産後休業取得者申出書の手続きについて

【出産前】に「産前産後休業取得者申出書」を提出する場合 (※「予定日」を基準に産前産後休業期間を計算)

ケース1. 予定日より『前』に出産した場合 又は予定日より『後』に出産した場合

- (1) 産前休業開始後に「産前産後休業取得者申出書」を提出
- (2) 出産後に「産前産後休業取得者変更(終了)届」を提出して下さい。
(出産日が予定日から前後にずれたことにより、産前産後の休業期間に変更が生じる為。)

ケース2. 予定日に出産した場合

- (1) 産前休業開始後に「産前産後休業取得者申出書」を提出
(注) 出産後の「産前産後休業取得者変更(終了)届」の提出は必要ありません。
(出産日と予定日が同じ為、産前産後の休業期間に変更が生じない為。)

【出産後】に「産前産後休業取得者申出書」を提出する場合

- (1) 産前休業開始後に「産前産後休業取得者申出書」を提出
(注) 出産後に予定日、出産日を申し出る為、「産前産後休業取得者変更(終了)届」の提出は必要ありません。

【産休終了予定年月日】の前までに産休を終了する場合

当初「産前産後休業取得者申出書」により申し出た産休終了予定年月日より前に産休を終了した場合は「産前産後休業取得者変更(終了)届」により終了日を届け出てください。なお、予定通り産前産後休業を終了した場合は、届出は必要ありません。

☆その他

- ・この申出書は被保険者が産前産後休業を取得する度に事業主が手続きを行う必要があります。
- ・保険料（介護保険料も含む）は、事業主負担分、被保険者負担分ともに免除されます。
- ・育児休業期間と産前産後休業期間が重複する場合は、産前産後休業期間の保険料免除が優先されます。
- ・保険料が免除されている月に、賞与等が支給された場合、賞与にかかる保険料も免除されますが、標準賞与額の年度累計に含まれますので、賞与支払届の提出が必要になります。
- ・産前産後休業後の標準報酬月額改定については、氏名・生年月日・報酬等を記載した「産前産後休業終了時報酬月額変更届」を事業主経由で当組合へ提出してください。（※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を開始した場合は提出できません。）

保険証の番号を記入してください。

健康保険産前産後休業取得者申出書

		課長	係長	係員

保険証の記号を記入してください。

①健康保険被保険者証の記号 950		②健康保険被保険者証の番号 300		③被保険者の氏名 (フリガナ) アイチ レンコ (氏) 愛知 連子		④被保険者の生年月日 昭5年 月 日 平7 020605 令9			
④出産予定年月日 令和9年 01月 07日		⑤出産種別 単胎 0 多胎 1		⑥産前産後休業期間 令和1年5月27日から 令和1年9月4日まで		※⑥産前産後休業開始年月日 令和9年 月 日		※⑦産前産後休業終了予定年月日 令和9年 月 日	
⑧出生児の氏名 (フリガナ) アイチ テツジ (氏) 愛知 鉄二				⑨出産年月日 令和9年 01月 07日		※保険料免除予定期間 令和 年 月分 ~ 令和 年 月分		備考	

出産予定年月日を必ず記入してください。

当てはまる出産種別を○で囲んでください。

出産前に提出する場合は記入しないでください。

記入しないでください。

令和 1 年 8 月 5 日提出

受付日付印

事業所所在地	〒 460-0008 名古屋市中区栄二丁目10番19号
事業所名称	愛鉄工業株式会社
事業主氏名	代表取締役社長 愛鉄連太郎
電話番号	(052) 461 - 6131

社会保険労務士の提出代行者印
Ⓢ

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和1年5月1日 改)

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入してください。法人の場合は代表者印を忘れずに押印してください。

出産前に提出する場合は「予定日」を基準にし、出産後提出する場合は「予定日」、「出産日」より産前産後休業する期間を記入してください。産前産後休業期間は、出産の日(※1)以前42日(※2)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いいます。(※1) 出産の日が産前の予定日後であるときは、出産予定日 (※2) 多胎妊娠の場合は98日

被保険者が育児休業を取得し、保険料の免除を受けるとき

14 育児休業取得者申出書

3歳に満たない子を養育するため、育児休業を取得するときには、「育児休業取得者申出書」を提出します。

添付書類

☆特にありません。

提出時期

☆すみやかに。

留意点

☆該当する被保険者

- ・ 3歳に満たない子を養育するために、事業主に申し出て育児休業をする被保険者。

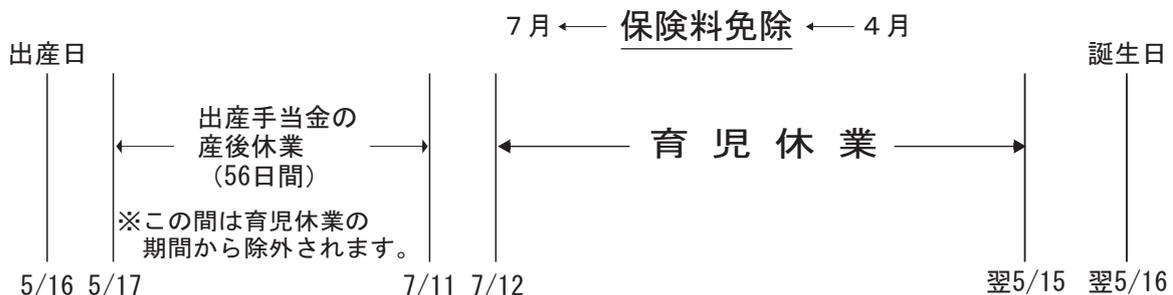
(注)被保険者は、男女を問いません。

(注) 3歳に満たない子が、実子であるか養子であるかは問いません。

☆保険料の免除期間

- ・ 育児休業を開始した日の属する月から、育児休業が終了する日（最長で養育する子が満3歳になるまで）の翌日が属する月の前月まで。

(例) 被保険者（女性）が、5月16日に出産し、その子が1歳に達するまで育児休業をした場合、保険料は7月分から翌年4月分まで免除されます。



(注)被保険者（男性）および養子を養育する被保険者（女性）の場合は、実際に養育を始めた日が、育児休業の開始日となります。

☆育児休業終了予定日を変更したとき

育児休業終了予定日より前に変更する場合は、「育児休業取得者終了届」を事業主経由で当組合へ提出してください。また、終了予定日を延長する場合は、変更後の育児休業終了予定日を記載した「育児休業取得者申出書」を延長届として提出してください。

なお、予定通り育児休業を終了した場合は、届出は必要ありません。

☆その他

- ・ この申出書は被保険者が次に掲げる育児休業等を取得する度に事業主が手続きを行う必要があります。またこの申出は、現に、申出に係る休業をしている間に行わなければなりません。

① 1歳に満たない子を養育するための育児休業

② 1歳から1歳6か月に達するまでの子を養育するための育児休業

③ 1歳（上記②の休業の申出をすることができる場合にあっては1歳6か月）から3歳に達するまでの子を養育するための育児休業の制度に準ずる措置による休業

- ・ 保険料（介護保険料も含む）は、事業主負担分、被保険者負担分ともに免除されます。

・ 保険料が免除されている月に、賞与等が支給された場合、賞与にかかる保険料も免除されますが、標準賞与額の年度累計額に含まれますので、賞与支払届の提出が必要になります。

・ 育児休業終了時の標準報酬月額改定については、氏名・生年月日・報酬等を記載した「育児休業等終了時報酬月額変更届」を事業主経由で当組合へ提出してください。

保険証の番号を
記入してください。

あてはまる所に○を
つけてください。

健康保険育児休業等取得者申出書 (新規・延長)

		課長	係長	係員

保険証の記号を
記入してください。

①健康保険被保険者証の記号 950		②健康保険被保険者証の番号 300		被保険者の氏名 (フリガナ) アイチ レンコ (氏) 愛知 (名) 連子		性別 男 1 女 ②
③被保険者の生年月日 昭和 5 年 7 月 9 日 令和 0 2 0 6 0 5		養育する子の氏名 (フリガナ) アイチ テツジ (氏) 愛知 (名) 鉄二		④養育する子の生年月日 令和 9 年 0 1 0 7 1 0		⑤養育する子の区分 実子 ① その他 2
⑦養育のため休業する期間 令和 1 年 9 月 5 日 から 令和 2 年 7 月 9 日 まで		※⑥育児休業等開始年月日 年 月 日		※⑦育児休業等終了予定年月日 年 月 日		※ 保険料免除予定期間 令和 年 月分 ~ 令和 年 月分
⑧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		備考				

③「※」印欄は記入しないでください。
④⑤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してください。

育児休業する期間を
記入してください。

事業所所在地	〒 460 - 0008 名古屋市中区栄二丁目10番19号
事業所名称	愛鉄工業 株式会社 愛鉄
事業主氏名	代表取締役社長 愛鉄 蓮子 
電話番号	(052) 461 - 6131

・保険料を徴収しない期間は、育児休業等開始年月日の属する月から育児休業等終了予定年月日の翌日の属する月の前月までとなります。 受付日付印

・この申出書における「育児休業」とは、育児休業又は育児休業の制度に準ずる措置による休業のことを指します。

社会保険労務士の提出代行者印


令和 1 年 9 月 28 日提出

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和1年5月1日 改)

事業所所在地・名称・事業主氏名等を記入し押印してください。
法人の場合は代表者印を忘れずに押印してください。

記入しないで
ください。

保険証をなくしたり破損したとき

15 被保険者証 滅失・き損 再交付申請書

保険証をなくしたとき（滅失）や、汚したり破損してしまったとき（き損）など、「被保険者証 滅失・き損 再交付申請書」を提出します。この届出にもとづき、保険証が再交付されます。

添付書類

☆特にありません。（ただし、き損で再交付を申請される場合は、そのき損した保険証を添付してください。）

(注) 高齢受給者証の再交付の場合は、所定の用紙がありますので健康保険組合までご連絡ください。

提出期限

☆すみやかに。

留意点

☆なくした保険証が見つかったときには再交付の印字のある保険証をご返却ください。

☆被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー（個人番号）の記入は不要です。

☆被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合

- ・備考欄へマイナンバーを記入してください。
- ・マイナンバーを記入した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」をする為の添付書類が必要となります。
- ・事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の免許証の写し等）」が必要となります。また、その場合は必ず「申請書の提出を事業主へ委任します。」欄に☑を入れてください。

被保険者の氏名を記入し、押印してください。
ただし、被保険者が自署した場合は、押印は必要ありません。

保険証の記号と番号を記入してください。

あてはまる所に○をつけてください。

健康保険 被保険者証 ~~滅失~~ 再交付申請書

一、再交付理由は、できるだけ詳しく記入して下さい。
二、き損再交付のときは、当該被保険者証を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号	記号 950	番号 80	課長	係長	係員
被保険者の氏名・印	中村 太郎 	性別 (男)・女	生年月日	昭和 45 年 3 月 3 日	平成 令和
被保険者の現住所	〒453-0804 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地				
被保険者証の資格取得年月日	昭和 20 年 4 月 1 日				
再交付する保険証 (該当者氏名・続柄)	氏名 中村 太郎	続柄 本人	氏名	続柄	氏名
被保険者証を滅失、き損した理由 (詳しく)	引越しのため荷物を整理していたときに紛失した。				
誓約書	届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意し、以前の被保険者証を発見した時はただちに返納いたします。 なお、紛失した被保険者証の不正使用などを生じた場合には、その損害の一切を私が保障することを誓約いたします。				
被保険者の氏名	中村 太郎 				

再交付をする方すべての氏名・続柄を記入してください。

滅失またはき損した理由を必ず記入してください。

滅失の場合のみ記入、押印してください。

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄

郵便番号 460-0080
事業所所在地 名古屋市中区栄二丁目10番19号
事業所名称 愛鉄工業 株式会社 
事業主氏名 代表取締役社長 愛鉄連太郎 

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和 1 年 5 月 1 日改)

事業所所在地、名称、事業主氏名を記入し、押印してください。
法人の場合は代表者印を忘れずに押印してください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

被扶養者の氏名や生年月日が変わったとき

16 被扶養者氏名・生年月日変更（訂正）届

被扶養者の氏名や生年月日に変更されたり、間違いがあったときは、「被扶養者氏名・生年月日変更（訂正）届」を提出します。この届出に基づき保険証が正しいもの書き換えられます。

添付書類

☆保険証（該当の被扶養者のみ）。

提出期限

☆すみやかに。

留意点

☆氏名及び生年月日は、戸籍と同一のものを届出いただきますので、変更されたり間違いが判明したときに提出します。

☆被扶養者のいる被保険者が氏名変更（訂正）をする場合、その被扶養者すべてにこの届出が必要となります。

保険証の記号番号を記入してください。

あてはまる所に○をつけてください。

被保険者の氏名を記入し、押印してください。ただし、被保険者が自署した場合は押印は必要ありません。

健康保険 被扶養者 氏名 変更（訂正）届

生年月日

		課長	係長	係員

変更後の氏名および生年月日は必ず記入してください。

◎ この届には、必ず該当者の保険証を添付してください。

◎ 被扶養者のいる被保険者が氏名変更（訂正）をする場合、その被扶養者すべてにこの届出が必要となります。

① 被保険者証の記号と番号	記号 950	番号 70	② 被保険者の氏名・印 (フリガナ)	アイチ テツロウ 愛知 鉄郎		
③ 変更（訂正）後の被扶養者氏名・生年月日			④ 変更（訂正）前の被扶養者氏名・生年月日			
カナ・氏名	アイチ ハナコ 愛知 花子		性別	男 女	氏名	愛知 華子
生年月日	昭和 平成 令和	60年10月9日	生年月日	昭和 平成 令和	年	月
備考						
<input type="checkbox"/> 被保険者氏名変更（訂正）届にともなう届出						

上記のとおり被保険者から申請がありましたので届出いたします。

〒 460 - 0026

事業所の所在地 名古屋市 中村区 黄金通1丁目18番地

名称 愛鉄工業株式会社

事業主の氏名 代表取締役社長 愛鉄工業

愛鉄工業



愛鉄連健康保険組合理事殿

(令和1年5月1日改)

被保険者の氏名変更（訂正）によりこの届出が必要となる場合にチェックを入れます。

変更前の氏名または生年月日を記入してください。

事業所所在地、名称、事業主氏名を記入し押印してください。法人の場合は代表者印を忘れずに押印してください。

各種証明願について

17 証明願

各種、健康保険組合の証明が必要になったときには、「証明願」に必要事項を記入し、組合まで送付してください。後日、証明書を発行いたします。

添付書類

☆特にありません。

提出期限

☆必要となったとき。

留意点

☆〔資格喪失証明書〕

- ・健康保険資格喪失後、国民健康保険等へ加入の手続きをする際、健康保険資格喪失証明が必要な場合は、証明願に証明を受けられる方の氏名、1. 証明を必要とする理由、（「国民健康保険加入に必要」など）、希望する郵送先・保険証の記号・番号、被保険者住所・氏名・電話番号を記入し押印のうえ、健康保険組合までお送りください。

☆〔診療報酬明細書〕

- ・健康保険資格喪失後、誤って資格喪失前（愛鉄連健康保険組合）の保険証を使って治療を受けられ、後日、現在加入している健康保険等に治療費（療養費）の請求をするときに診療報酬明細書（レセプト）の写しが必要な場合は、診療報酬明細書を必要とされる方の氏名を記入し、1. 証明を必要とする理由欄に「療養費の申請に必要なため」と記入、2. 証明を必要とする医療機関名、3. 診療月分、保険証の記号・番号・住所・氏名・電話番号を記入し押印のうえ、健康保険組合までお送りください。後日、診療報酬明細書の写しをお送りします。

☆〔その他〕

- ・その他の証明が必要な場合は、1. 証明を必要とする理由欄に、証明を受ける理由を詳しく記入していただき、希望する郵送先・保険証の記号・番号・住所・氏名・電話番号を記入し押印のうえ、健康保険組合までお送りください。あらかじめ証明を受ける用紙をお持ちの方は、その用紙も添付してお送りください。

証明書作成伺

		業務課長	業務係長	係員

証明書を必要とする対象者すべての方の氏名を記入してください。

下記被保険者より証明依頼がありましたので証明してよろしいか。

証明願

下記理由により

被保険者【愛知 鉄郎】
被扶養者（対象者全てを記入してください）
【愛知 花子】

必要な証明書の種類を記入してください。

につきまして【喪失】に証明いただきたく申請いたします。

記

- 証明を必要とする理由
〔 国民健康保険加入時に必要なため 〕
- 医療機関名 ()
- 診療月分 (平・令 年 月分)
- 療養の給付又は療養費
〔 〕

必要事項を記入してください。

愛鉄連健康保険組合の保険証の記号・番号を記入してください。

令和 1 年 5 月 1 日

被保険者証の記号・番号	950	70
-------------	-----	----

愛鉄連健康保険組合理事長殿

証明書等の送付先は【事業所・被保険者】の住所をお願いします。
(希望郵送先へ〇を付してください。)

被保険者住所 〒 460 - 0022
名古屋市中区金山1-12-123

被保険者氏名 愛知 鉄郎 

連絡先 (052) 461 - 6131

(令和1年5月1日 改)

希望する郵送先へ〇を付けてください。

住所、氏名、連絡先を記入し押印してください。

介護保険の適用除外に該当（不該当）したとき

18 介護保険適用除外等（該当・不該当）届

40歳以上の被保険者または被扶養者が、以下の事由に該当する場合は介護保険の適用除外となります。なお、適用除外に該当していた事由が消滅した場合にも必ず届出ください。（不該当届）届出を忘れずと、介護保険の給付が受けられない場合があります。

〈該当届が必要な方〉

- ①国内から住民票を除票し、海外に居住したとき。または海外で40歳になったとき。
- ②身体障害者療養施設など、適用除外施設に入所したとき。または施設で40歳になったとき。
- ③在留資格または在留見込期間1年未満の短期滞在の外国人を雇い入れたとき。または40歳になったとき。

〈不該当届が必要な方〉

- ④海外から帰国し、国内に住民票を登録したとき。
- ⑤海外で65歳になったとき。
- ⑥身体障害者療養施設など、適用除外施設から退所したとき。または施設で65歳になったとき。
- ⑦短期滞在の外国人の在留資格または在留見込期間が1年以上になったとき。

添付書類

☆該当届の場合について必要となります。

☆適用除外等の事由が国外居住者である場合
住民票の除票（原本）

☆適用除外等の事由が身体障害者療養施設入居者である場合
施設等に入所・入院していることを証明する書類

☆適用除外の事由が在留資格1年未満の外国人である場合
在留期間を証明する書類（写し）【旅券（パスポート）の裏面に押される「上陸許可認印」、
「資格外活動許可書（写し）」】及び雇用契約書（写し）

提出期限

☆すみやかに。

留意点

☆被扶養者が、適用除外該当または適用除外不該当になった場合も必ず届出を提出してください。

☆届出が遅れた場合、さかのぼって介護保険料を徴収することがあります。

☆適用除外該当日欄に記入する日付について

- 例）・海外に居住する場合の該当日：住民票の転出日の翌日
・海外で40歳になった場合の該当日：40歳の誕生日の前日
・施設に入居した場合の該当日：入所日の翌日
・資格取得時に40歳以上の場合の該当日：資格取得日
・施設入居後に40歳になった場合の該当日：40歳の誕生日の前日

保険証の記号を記入してください。

保険証の番号を記入してください。

適用除外対象者が被扶養者の場合に被扶養者氏名等を記入してください。

補足説明を記入してください。
例：「被保険者40歳到達」
「被扶養者65歳到達」

介護保険適用除外等 該 当 届 不 該 当

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号								
9 5 0	81								
⑦ 被 保 険 者 の 氏 名		⑧ 性 別	③ 生 年 月 日		⑨ 対 象 者 の 氏 名		⑩ 性 別	⑪ 続 柄	⑬ 生 年 月 日
(氏) 中村 (名) 一夫		男 1 女 2	昭 5 平 7	年 月 日 4 5 1 2 1 6	(氏) 中村 (名) 花子		男 1 女 2	妻	昭 5 平 7 令 9
⑭ 被保険者の住所		国内最後の住所等			⑮ 対象者の住所		同 左		⑯ 備 考
									被扶養者 アメリカへ 転出
④ 適用除外の事由		⑤ 該 当 不 該 当 の 別	⑥ 該 当 不 該 当 の 年 月 日		⑰ 入居施設の名称		⑱ 入居施設の所在地		
国 外 居 住 者 ①		該 当 ①	昭 5 平 7 令 9						
身 体 障 害 者 療 養 施 設 入 居 者 2		不 該 当 2	年 月 日 0 1 0 6 0 1		電 話		(局) 番		
在 留 資 格 一 年 未 満 の 外 国 人 3									
上記のことに相違ないことを確認いたしましたので、お届けいたします。									
事業所所在地		〒 453 - 0804		愛 鉄 工 業		社会保険労務士の提出代行者印			
事業所名称		名古屋市 中村区 黄金通1丁目18番地		代表者印		受付日付印			
事業主氏名		愛鉄工業 株式会社							
代表取締役社長		愛鉄連太郎							
電 話		052 (461 局) 6131 番							
愛鉄連健康保険組合理事長 殿									
◎添付書類（該当届の場合について必要となります） 適用除外の事由 1 国外居住者・・・住民票の除票（原本） 2 身体障害者療養施設入居者・・・施設等に入所・入院していることを証明する書類 3 在留資格一年未満の外国人・・・在留期間を証明する書類【旅券（パスポート）の裏面に押される「上陸許可認印」、「資格外活動許可書」】及び雇用契約書（写し） 令和1年8月1日 改									

被保険者氏名を記入し、押印してください。ただし、被保険者が自署した場合は、押印は必要ありません。また、転勤により国内から国外または国外から国内へ転居した場合には、被保険者本人の署名又は押印は不要です。

適用除外の事由は、該当する数字を○で囲んでください。

該当・不該当の別は該当する数字を○で囲んでください。

該当または不該当の年月日を記入してください。

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入し押印してください。法人の場合は代表者印を忘れずに押印してください。

入所、入院（退所・退院）先の適用除外施設の名称、所在地、電話番号を記入してください。

被保険者・被扶養者の住民票の住所を記入してください。適用除外等理由が「国外居住者」の場合で外国へ転居した場合は、最後の住所を記入してください。被保険者と同じ場合は「同左」と記入してください。帰国による不該当者届出時は、帰国後の日本の住民票の住所を記入してください。

「特定適用事業所」に勤務する被保険者の区分(「通常の労働者」と「短時間労働者」)に変更があったとき

19 被保険者区分変更届

「特定適用事業所(※1)」に勤務する通常区分の労働者が、雇用契約書を交わした契約変更や勤務体系の変更等により、4分の3基準(1.「被保険者資格取得届」で確認してください。)を満たさなくなり、かつ下記の5要件をすべて満たし、パートタイマーやアルバイト等の短時間労働者(以下、短時間労働者)の区分に変更になったとき、または短時間労働者の区分が、同様の変更等に伴い、4分の3基準を満たし、通常の労働者の区分に変更になったときに提出します。

5要件とは・・・被保険者資格の条件である4分の3基準を満たさない場合でも、下記の5要件をすべて満たす短時間労働者については健康保険の被保険者となります。

(1) 規模501人以上の企業である特定適用事業所(※)に勤務していること
(2) 1週間の所定労働時間が20時間以上あること
(3) 賃金の月額が8.8万円(年収106万円)以上であること
(4) 雇用期間が継続して1年以上見込まれること
(5) 学生でないこと

添付書類

☆特にありません。

提出期限

☆当該事実発生日から5日以内。

留意点

☆特定適用事業所(※1)について

- ・特定適用事業所とは、法人事業所の場合、同一の法人番号を有する全ての適用事業所(個人事業所の場合は、適用事業所ごと)に使用される厚生年金保険の被保険者数の総数が、12か月のうち、6か月以上500人を超えることが見込まれる事業所をいいます。

☆1週間の所定労働時間が20時間以上あること

週の所定労働時間とは、就業規則、雇用契約等により、その者が通常の週に勤務すべき時間をいいます。

・【1か月単位で定められている場合】

⇒1か月の所定労働時間を12分の52で除して算定します。(1年間を52週、1か月を12分の52週とします。)

(注) 特定の月の所定労働時間に例外的な長短(夏季休暇や繁忙期等)がある場合は特定の月をのぞいて算定します。

・【1年単位で定められている場合】

⇒1年の所定労働時間を52で除して算定します。

・【1週間の所定労働時間が短期的かつ周期的に変動する場合】

⇒平均により算定します。

☆賃金の月額が8.8万円以上あること

- ・月額賃金8.8万円以上とは週給、日給、時間給を月額に換算したものに、各諸手当等を含めた所定内賃金の額が8.8万円以上である場合となります。ただし、下記①～③については賃金に算入されません。

①臨時に支払われる賃金及び1月を超える期間ごとに支払われる賃金(結婚手当、賞与等)
②時間外労働に対して支払われる賃金、休日労働及び深夜労働に対して支払われる賃金(割増賃金等)
③最低賃金において算入しないことを定める賃金(精皆勤手当、通勤手当及び家族手当)

(注)なお、上記①～③は、短時間労働者の5要件の1つである賃金の月額が8.8万円以上であるか否かの判断における取り扱いとなり、被保険者資格取得届や算定基礎届等の届出の際の「報酬月額」については、従来の取り扱い方と同様(臨時に支払われる賃金以外の時間外手当や精皆勤手当、通勤手当等も含める。)となります。

- ・資格取得後に雇用契約等が見直され、月額賃金が8.8万円を下回る事が明らかになった場合等を除き、被保険者資格を喪失することはありません。ただし、常態的に8.8万円を下回る状況が続く場合は、実態を踏まえた上で資格喪失することとなります。

☆雇用期間が継続して1年以上見込まれること

- ・雇用期間の定めがない場合
- ・雇用期間が1年以上である場合
- ・雇用期間が1年未満で下記(1)、(2)のいずれかに該当する場合
 - (1)雇用契約書等においてその契約が更新される旨、又は更新される可能性がある旨が明示されている場合。
 - (2)同様の雇用契約に基づき雇用されている者が更新等により1年以上雇用された実績がある場合。また、雇用契約時には1年以上雇用期間が見込まれる予定がなかった方が、その後において継続して1年以上の雇用期間が見込まれることになった(その他の資格取得要件を満たしている)場合は、継続して1年以上の雇用期間が見込まれることとなった時点から被保険者の資格を取得することとなります。
ただし、(1)、(2)のいずれかに該当しても、労使双方により、1年以上雇用しないことについて合意しているときは、雇用期間が継続して1年以上見込まれないこととして取り扱います。

保険証の記号を記入してください。

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入し押印してください。法人の場合は代表者印を忘れずに押印してください。

健康保険 被保険者区分変更届

令和 1 年 6 月 10 日提出

		課長	係長	係員

受付印

① 健康保険被保険者証の記号	950
郵便番号	〒 453 - 0804
事業所所在地	名古屋市中区栄2丁目10番19号
事業所名称	愛鉄工業 株式会社
事業主氏名	代表取締役 愛鉄連太郎 工業
電話番号	(052) 461 - 6131

社会保険労務士の提出代行者印

区分が変更となる方の氏名、フリガナ、生年月日、住所を記入してください。

保険証の番号を記入してください。

被保険者1	②健康保険被保険者証の番号	10	③氏名 (フリガナ) ナカムラ タロウ (氏) 中村 太郎	④生年月日	昭和 7 年 3 月 3 日 令和 9 年 3 月 3 日
	⑤住所 (フリガナ) ナゴヤシ ナカムラク コガネドオリ	〒 453-0804 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地			
	⑥変更後区分	1. 一般 <input checked="" type="radio"/> 2. 短時間労働者(3/4 未満)	⑦変更年月日	9. 令和 0 1 0 5 2 0	備考

雇用形態等の変更年月日を記入してください。

被保険者2	②健康保険被保険者証の番号		③氏名 (フリガナ) (氏)	④生年月日	昭和 年 月 日 令和 年 月 日
	⑤住所 (フリガナ)	〒			
	⑥変更後区分	1. 一般 2. 短時間労働者(3/4 未満)	⑦変更年月日	9. 令和 年 月 日	備考

被保険者3	②健康保険被保険者証の番号		③氏名 (フリガナ) (氏)	④生年月日	昭和 年 月 日 令和 年 月 日
	⑤住所 (フリガナ)	〒			
	⑥変更後区分	1. 一般 2. 短時間労働者(3/4 未満)	⑦変更年月日	9. 令和 年 月 日	備考

被保険者4	②健康保険被保険者証の番号		③氏名 (フリガナ) (氏)	④生年月日	昭和 年 月 日 令和 年 月 日
	⑤住所 (フリガナ)	〒			
	⑥変更後区分	1. 一般 2. 短時間労働者(3/4 未満)	⑦変更年月日	9. 令和 年 月 日	備考

被保険者5	②健康保険被保険者証の番号		③氏名 (フリガナ) (氏)	④生年月日	昭和 年 月 日 令和 年 月 日
	⑤住所 (フリガナ)	〒			
	⑥変更後区分	1. 一般 2. 短時間労働者(3/4 未満)	⑦変更年月日	9. 令和 年 月 日	備考

(令和1年5月1日 改)

該当する番号を○で囲んでください。短時間労働者が正社員等になった場合は、「1. 一般」を○で囲んでください。正社員等が短時間労働者になった場合は、「2. 短時間労働者(3/4 未満)」を○で囲んでください。

病気やけがで仕事に就けなかったとき

1 傷病手当金請求書

病気やけがの治療のため仕事を休み、給料を受けられないときは、請求により傷病手当金が支給されます。

添付書類

- ☆請求期間が含まれている月の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写し。
- ☆役員の場合は休業中の給料が出ないことを記した議事録の写し、もしくは役員報酬の申立書。
- ☆直近の障害年金又は障害手当金の振込通知書の写し（同一疾病について受給している方）。
- ☆その他健康保険組合が必要と認めた場合、同意書等（当組合が給付記録の照会等を行うための同意書等）の書類が必要になることがあります。

【資格喪失後に傷病手当金を受ける要件を満たしている方で、引き続き給付を受ける場合】

- ☆療養状況についての申告書（ただし、請求期間中の全期間が入院であった場合は不要となります。）
- ☆直近の年金振込通知書の写し（年金受給対象者）
- ☆その他健康保険組合が必要と認めた場合、同意書等（当組合が給付記録の照会等を行うための同意書等）の書類が必要になることがあります。

提出期限

- ☆労務不能であった（労務に服さなかった）日ごとにその翌日から2年間（2年経過すると、時効により支給できません。）

留意点

- ☆治療のために労務不能で連続4日以上休業し、給料を受けられないときに、4日目から支給されます。
（注）最初の3日間は「待期間」といい、傷病手当金は支給されません。
- ☆給料をうけているときも、傷病手当金よりその金額が少ない場合は、その差額が支給されます。
- ☆病気やけがの原因が業務上のものや、通勤途上のものは支給の対象になりません。
- ☆欠勤1日について標準報酬日額の3分の2が、支給開始日から1年6か月以内の期間について支給されます。
（注）傷病手当金の支給期間は、同一の疾病、または負傷及びこれにより発した疾病・負傷に関してはその支給を始めた日から起算して1年6か月です。（1年6か月とは支給されない期間も含んだ期間です）
- ☆同一疾病について、障害厚生年金や障害手当金を受給でき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（同一の支給事由で障害基礎年金が支給されたときはその合算額）が傷病手当金の日額より少ないときには、その差額が支給されます。
- ☆被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー（個人番号）の記入は不要です。

☆被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合

- ・備考欄へマイナンバーを記入してください。
- ・マイナンバーを記入した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」をする為の添付書類が必要となります。
- ・事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の免許証の写し等）」が必要となります。また、その場合は必ず「申請書の提出を事業主へ委任します。」欄に☑を入れてください。

【資格喪失後に傷病手当金を受ける要件を満たしている方で、引き続き給付を受ける場合】

☆在職期間（被保険者であった期間）が1年以上ある方が退職された場合、退職日において、傷病手当金を受給できる状態（*）であった方については、初めて支給を開始した日から1年6か月以内の期間について傷病手当金が支給されます。ただし、老齢厚生年金などの老齢（退職）年金給付を受けられるとき（全額支給停止の場合は除く）は、傷病手当金は支給されません。なお、受けられる老齢（退職）年金給付の額が、傷病手当金の額を下回るときは、その差額が傷病手当金として支給されます。

*資格喪失後継続給付（法第104条）の支給要件が「・・・その資格を喪失した際に傷病手当金の支給を受けているもの・・・」（有給休暇のため不支給のものを含みます）とあることから、退職日以前より傷病手当金を受けている場合であっても、退職日に労務に服した場合は継続給付は支給されなくなります。

※太枠内を訂正するときは、それぞれの訂正印にて訂正してください。

保険証の記号と番号を記入してください。

委任者は、請求書に押印されたものと
同じ印で押印してください。

本来支給すべき額を記入してください。
(実際に支給する額ではありません。)

3か月以上まとめて請求する場合は、
もう1枚を点線の所で切り取って貼付け、
2か所に割印(事業所印)を押印してください。

療養のために仕事を
休んだ期間を記入し
てください。

健康保険傷病手当金請求書 (第 1 回)

令和 1 年 11 月 13 日

①被保険者の記号・番号 950 80	②事業所の名称 愛鉄工業 株式会社	③被保険者の生年月日 平成 33 年 3 月 3 日	④仕事の内容 機械工
⑤被保険者 (請求者の)氏名 中村 太郎		⑥傷病名 腰痛症	
⑦住所 〒453-0804 名古屋市市中村区黄金通 1丁目18番地		⑧の請求期間中の 症状、受診状況 など(詳しく) 腰に弱い痛みがあり、 自宅で安静にしていた。	
⑨電話番号 自宅 (052) 461-6131 携帯		⑩の請求期間 の開始日 1 年 10 月 1 日 から 終了日 1 年 10 月 20 日 まで	
⑪発病又は 負傷年月日 1 年 10 月 1 日 (日曜日) 午前・午後 10 時頃		⑫発病又は 負傷の原因 (その他の状況) 自宅で階段を 踏みはずし腰を打った。	
⑬発病又は 負傷の場所 (どこで) 自宅内		⑭発病又は 負傷の場所 (どこで) 自宅内	
⑮発病又は 負傷の事由 (事由) 出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 退社途中・帰宅後(休日)その他		⑯発病又は 負傷の事由 (事由) 急性腰痛症	
⑰(フリガタ) 中村 太郎		⑱(フリガタ) 松本 太郎	
⑲(フリガタ) 中村 太郎		⑳(フリガタ) 松本 太郎	

⑭(目的) **自宅で階段を踏みはずし腰を打った。**

⑮(事由) **急性腰痛症**

⑯(事由) **急性腰痛症**

⑰(フリガタ) **中村 太郎**

⑱(フリガタ) **松本 太郎**

⑲(フリガタ) **中村 太郎**

⑳(フリガタ) **松本 太郎**

請求期間内に出勤・
有給のある場合に
は、その各日を正確
に記入してください。

負傷原因を詳しく
記入してください。

該当する箇所を○
で囲んでください。

第三者行為による
場合は、「第三者
行為による傷病届」
等が必要です。

同意の有無について
該当する箇所を○
で囲んでください。

被保険者の個人口座へ
振り込みを希望する
場合に記入してくだ
さい。
なお、その場合は
委任欄への記入は
しないでください。

委任を希望される
場合のみご記入く
ださい。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、
マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

同じ傷病で障害年金・障害手当金を受けているとき、
退職後、老齢年金を受けているときは必ず記入してください。
また、金額のわかる振込み通知書等の写しを添付してください。

労務不能と認められた期間より
後に証明を受けてください。

①	月	1 年 10 月 1 日	から	1 年 10 月 20 日	まで	出勤 日数	9	欠勤 日数	12		
②	月給(1割増給)	123,138	③	月給(1割増給)	123,138	④	月給(1割増給)	123,138	⑤	月給(1割増給)	123,138
⑥	月給(1割増給)	123,138	⑦	月給(1割増給)	123,138	⑧	月給(1割増給)	123,138	⑨	月給(1割増給)	123,138
⑩	月給(1割増給)	123,138	⑪	月給(1割増給)	123,138	⑫	月給(1割増給)	123,138	⑬	月給(1割増給)	123,138
⑭	月給(1割増給)	123,138	⑮	月給(1割増給)	123,138	⑯	月給(1割増給)	123,138	⑰	月給(1割増給)	123,138
⑱	月給(1割増給)	123,138	⑲	月給(1割増給)	123,138	⑳	月給(1割増給)	123,138	㉑	月給(1割増給)	123,138
㉒	月給(1割増給)	123,138	㉓	月給(1割増給)	123,138	㉔	月給(1割増給)	123,138	㉕	月給(1割増給)	123,138
㉖	月給(1割増給)	123,138	㉗	月給(1割増給)	123,138	㉘	月給(1割増給)	123,138	㉙	月給(1割増給)	123,138
㉚	月給(1割増給)	123,138	㉛	月給(1割増給)	123,138	㉜	月給(1割増給)	123,138	㉝	月給(1割増給)	123,138
㉞	月給(1割増給)	123,138	㉟	月給(1割増給)	123,138	㊱	月給(1割増給)	123,138	㊲	月給(1割増給)	123,138
㊳	月給(1割増給)	123,138	㊴	月給(1割増給)	123,138	㊵	月給(1割増給)	123,138	㊶	月給(1割増給)	123,138
㊷	月給(1割増給)	123,138	㊸	月給(1割増給)	123,138	㊹	月給(1割増給)	123,138	㊺	月給(1割増給)	123,138
㊻	月給(1割増給)	123,138	㊼	月給(1割増給)	123,138	㊽	月給(1割増給)	123,138	㊾	月給(1割増給)	123,138
㊿	月給(1割増給)	123,138									

① 月給(1割増給) 123,138

② 月給(1割増給) 123,138

③ 月給(1割増給) 123,138

④ 月給(1割増給) 123,138

⑤ 月給(1割増給) 123,138

⑥ 月給(1割増給) 123,138

⑦ 月給(1割増給) 123,138

⑧ 月給(1割増給) 123,138

⑨ 月給(1割増給) 123,138

⑩ 月給(1割増給) 123,138

⑪ 月給(1割増給) 123,138

⑫ 月給(1割増給) 123,138

⑬ 月給(1割増給) 123,138

⑭ 月給(1割増給) 123,138

⑮ 月給(1割増給) 123,138

⑯ 月給(1割増給) 123,138

⑰ 月給(1割増給) 123,138

⑱ 月給(1割増給) 123,138

⑲ 月給(1割増給) 123,138

⑳ 月給(1割増給) 123,138

㉑ 月給(1割増給) 123,138

㉒ 月給(1割増給) 123,138

㉓ 月給(1割増給) 123,138

㉔ 月給(1割増給) 123,138

㉕ 月給(1割増給) 123,138

㉖ 月給(1割増給) 123,138

㉗ 月給(1割増給) 123,138

㉘ 月給(1割増給) 123,138

㉙ 月給(1割増給) 123,138

㉚ 月給(1割増給) 123,138

㉛ 月給(1割増給) 123,138

㉜ 月給(1割増給) 123,138

㉝ 月給(1割増給) 123,138

㉞ 月給(1割増給) 123,138

㉟ 月給(1割増給) 123,138

㊱ 月給(1割増給) 123,138

㊲ 月給(1割増給) 123,138

㊳ 月給(1割増給) 123,138

㊴ 月給(1割増給) 123,138

㊵ 月給(1割増給) 123,138

㊶ 月給(1割増給) 123,138

㊷ 月給(1割増給) 123,138

㊸ 月給(1割増給) 123,138

㊹ 月給(1割増給) 123,138

㊺ 月給(1割増給) 123,138

㊻ 月給(1割増給) 123,138

㊼ 月給(1割増給) 123,138

㊽ 月給(1割増給) 123,138

㊾ 月給(1割増給) 123,138

㊿ 月給(1割増給) 123,138

出勤・有給・欠勤の日数を
記入してください。

賃金の締切単位ごと
に記入してください。

賃金台帳を見て正確に
記入してください。
支給予定となる場合は、
その予定額を記入し
てください。

欠勤控除がある場合は、
その算式を記入し
てください。

法人の場合は、代表者
印を忘れずに押印し
てください。

該当する箇所を○
で囲んでください。

医療機関の印でなく
医師の印を押印し
てもらってください。

【資格喪失後に傷病手当金を受ける要件を満たしている方で、引き続き給付を受ける場合】
★在職期間(被保険者であった期間)が1年以上ある方が退職された場合、退職日において、傷病手当金を受給できる状態(*)であった方については、初めて支給を開始した日から1年6か月以内の期間について傷病手当金が支給されます。ただし、老齢厚生年金などの老齢(退職)年金給付を受けられるとき(全額支給停止の場合は除く)は、傷病手当金は支給されません。なお、受けられる老齢(退職)年金給付の額が、傷病手当金の額を下回るときは、その差額が傷病手当金として支給されます。

*資格喪失後継続給付(法第104条)の支給要件が「その資格を喪失した際に傷病手当金の支給を受けているもの…」(有給休暇のため不支給のものを含みます)とあることから、退職日より前傷病手当金を受けている場合であっても、退職日に労務に服した場合は継続給付は支給されなくなります。

急病などで医療費を立て替え払いしたとき

2 療養費支給申請書

健康保険で受診するときは、病院等の窓口で保険証を提示することが原則ですが、急病やけがのため、やむを得ず保険証を持たずに診療を受けた場合には、立て替え払いした額から自己負担額を差し引いた額が、申請により支給されます。

また、治療に必要なコルセットなどを装着したときや、小児弱視等の治療用眼鏡等を製作したときや、海外で治療を受けたときも、療養費が支給される場合があります。

添付書類

☆急病で立て替え払いをしたとき

- ・診療報酬明細書（原本もしくは原本証明のあるもの）および領収書（原本）

☆治療上の必要からコルセットなど治療用装具を製作したとき

- ・医師の証明書および領収書（原本）

☆靴型の治療用装具を製作したとき

- ・作成された装具の写真（装具の上下左右、サイズ表示、ロゴ等あればその箇所の写真）

☆海外で治療を受けたとき

- ・診療内容明細書・領収明細書および領収書（原本）
- ・歯科診療の請求には、歯科診療内容明細書、領収明細書（歯科）および領収書（原本）
- ・旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し（パスポート等）
- ・保険者が海外療養の内容について、担当医師に照会することに関する海外療養を受けた者の同意書（申請用紙に同意欄あり）

☆治療用眼鏡等を製作したとき

- ・療養担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示等の写し
- ・患者の検査結果
- ・治療用眼鏡等を作成し、又は購入した際の領収書又は費用の額を証明する書類（原本）

提出期限

☆療養に要した費用を支払った日の翌日から2年間（2年経過すると、時効により支給できません。）

留意点

☆申請は、1人／1か月／1医療機関／外来・入院別・医科・歯科別ごとに必要です。

☆急病で立て替え払いをしたとき

- ・診療報酬明細書とは、治療内容などが記されたもので、医師からもらってください。

☆海外で治療を受けたとき

- ・診療内容明細書・領収明細書は、医師に記入を受けてください。
- ・全ての書類は原本を提出してください。コピーでは受付できません。また必ず日本語訳をつけてください。
- ・領収明細書と領収書の金額は同額にしてください。（番号付け等で関連付けしてください。）
- ・同じ医療機関に同じ期間、複数の家族が受診している場合でも、1人ずつの「申請書」、「診療内容明細書・領収明細書」、「領収書」が必要です。
- ・海外にいる被保険者からの請求は、原則として事業主を経由して行うことになっています。なお、給付金は、直接海外へ送金されず、被保険者の委任により、事業主宛に送金します。
- ・治療のために海外に行く場合は、療養費の支給対象にはなりません。
- ・支給が受けられるのは、その治療が日本国内の保険診療として認められた治療である場合です。次のような場合は除かれます。
 - ①保険のきかない診療、差額ベッド代 ②美容整形 ③高価な歯科材料や歯列矯正
 - ④治療を目的に海外へ行き治療を受けた場合（心臓・肺等の臓器の移植など）
 - ⑤自然分娩も保険医療対象外 ⑥交通事故やけんかなど第三者行為や不法行為に起因する病気・けが
- ・診療内容明細書・領収明細書および歯科診療内容明細書・領収明細書（歯科）の用紙は、所定の用紙がありますので、健康保険組合までご連絡ください。

☆小児弱視等の治療用眼鏡等による治療を行う対象は9歳未満となります。

☆被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー（個人番号）の記入は不要です。

☆被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合

- ・備考欄へマイナンバーを記入してください。
- ・マイナンバーを記入した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」をする為の添付書類が必要となります。
- ・事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の免許証の写し等）」が必要となります。また、その場合は必ず「申請書の提出を事業主へ委任します。」欄に☑を入れてください。

保険証の記号と番号を記入してください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号	950	80	事業所の名称	愛鉄工業 株式会社	
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		発病又は負傷年月日	1年11月2日	
傷病の経過	令和1年11月2日入院。安静を要す				
診療又は手当の内容及び期間	内容		期間	1年11月20日 1日 1日 1日	
コルセット・ギブス等に関する申請の時	装着年月日	装着した日に入院していたかどうか	診療又は手当に要した費用	28,160 円	
発病又は負傷の原因	(具体的に) 自宅の庭で草刈りをしていて、腰をかがめた時に激痛が走った。		負傷等したときは	出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 帰宅途中・帰宅後 (休日) その他	
診療又は手当を受けた医師(歯科医師)の住所・氏名	住所	〒460-0001 名古屋市中区三の丸1-3-5 三の丸クリニック 名古屋六郎	第三者行為によるもの	ある() ない()	交通事故で ある() ない()
療養の給付を受けることができなかった理由	(具体的に) 装具の製作を業者に依頼したため				
申請者が被扶養者に関するときはその者	氏名	中村 美子	生年月日	昭和・平成・令和 57年6月30日	続柄 妻
払渡し希望銀行の口座	(フリガナ)	銀行 信用金庫	預金の種類 普通 当座	店番	口座名義人氏名(被保険者) フリガナ
		本店 支店	貯蓄	口座 番号	氏名
同意欄	療養を受けた医療機関(海外を含む)等に愛鉄連健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者氏名				

コルセットを装着した日を記入してください。

負傷の原因をくわしく記入してください。

被保険者の個人口座へ振り込みを希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

被扶養者の申請をする場合に記入してください。

同意欄を記入し、押印してください。

委任を希望される場合のみご記入ください。

金額の受領を委任するときに記入するところ

本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。
1年12月1日
被保険者(申請者) 氏名 中村 太一 (印)

委任された者の
事業所名 名古屋市中区栄二丁目10番19号 愛鉄工業 (印)
住所 愛鉄工業
氏名 代表取締役社長 愛鉄連太郎 (印)

上記のとおり申請します。 1年12月1日 〒453-0804
被保険者(申請者)住所 名古屋市中村区黄金通一丁目18番地

愛鉄連健康保険組合理事長 殿 被保険者(申請者)氏名 中村 太一 (印)
TEL (052) 461-6131

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。

(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄	
-----	--

- (注) 1. コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは装着が傷病の治療のため必要と認めた医師の証明書及び領収書(原本)を添付してください。また、靴型装具の申請のときは証明書及び領収書の他に靴型装具の現物写真を添付してください。
2. 緊急その他やむを得ず診療を受け、自費で支払ったときはその診療報酬明細書及び領収書(原本)を添付してください。
3. 血液代に関する申請のときは輸血を必要と認めた医師の証明書及び血液代金の領収書(原本)を添付してください。
4. 傷病が第三者の行為によるときは「第三者行為による被害届」を添付してください。(未提出の場合)

(令和1年5月1日 改)

※記入誤りがある場合は、申請欄及び委任欄と同じ印にて訂正してください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

病院で支払った自己負担額が高額になったとき

3 高額療養費支給申請書

同一月に医療機関別、入院・通院別、家族別（保険証に記載された被保険者・被扶養者別）にそれぞれ1件ごと（以下「診療単位」という）に自己負担額が基準の額を超えた場合、申請により高額療養費が支給されます。

●高額療養費

診療単位ごとの自己負担額が下表の限度額を超えたときは超えた額が申請により支給されます。また、21,000円以上の自己負担が2件以上あるときは、それぞれの自己負担を合算して限度額を超えた場合に、高額療養費が支給されます。（合算高額療養費）

（注）高齢受給者については、自己負担の多少にかかわらず、すべて合算の対象となります。

【自己負担限度額】

区分 (標準報酬月額)	高齢受給者【70歳以上】		区分 (標準報酬月額)	一般【70歳未満】及び 世帯全体を合算する場合
	個人単位 (通院のみ)	世帯単位(入院含む)及び 高齢受給者のみを合算する場合		
現役並Ⅲ 830千円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% [140,100円]		区分ア 830千円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% [140,100円]
現役並Ⅱ 530千円~790千円	167,400円+(医療費-558,000円)×1% [93,000円]		区分イ 530千円~790千円	167,400円+(医療費-558,000円)×1% [93,000円]
現役並Ⅰ 280千円~500千円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [44,400円]		区分ウ 280千円~500千円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [44,400円]
一般 260千円以上	18,000円 (年間上限144,000円) ※	57,600円 [44,400円]	区分エ 260千円以下	57,600円 [44,400円]
低所得Ⅱ	8,000円	24,600円	区分オ 低所得者	35,400円 [24,600円]
低所得Ⅰ		15,000円		

[例：標準報酬月額が区分ウの【70歳未満】の方で医療費が100万円かかった場合、80,100円+(1,000,000-267,000)×1%=87,430円が限度額となります。]

その他

☆表の〔 〕内は、多数該当の場合。多数該当とは、同一世帯で、高額療養費を支給された月が過去1年間で4か月以上になった場合をいい、4か月目から限度額が軽減されます。

なお、公費負担医療、特定疾病及び高齢受給者の個人の通院にかかる高額療養費の支給は、多数該当の算定の対象にはなりません。

☆表の※(年間上限144,000円)は、前年8月1日~7月31日までの自己負担額の合計です。

☆被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

☆被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合

- ・備考欄へマイナンバーを記入してください。
- ・マイナンバーを記入した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」をする為の添付書類が必要となります。
- ・事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の免許証の写し等)」が必要となります。また、その場合は必ず「申請書の提出を事業主へ委任します。」欄に☑を入れてください。

☆「低所得者」及び「低所得者Ⅱ」とは、療養のあった月の属する年度(4月から7月までは前年度)の市町村民税が非課税となっている世帯および生活保護世帯をいいます。(被保険者の方が非課税かどうかで決まります。)さらに、市町村民税の基準所得(各所得毎に必要な経費、控除を差し引いた時の所得)がない70歳以上の方については、「低所得者Ⅰ」となります。非課税の場合は、非課税証明書等を添付(または申請書に証明を受ける)してください。なお、同一年度(8月から翌年7月までの間)において、すでに非課税証明書等の添付をされた方については、同一年度内の受診にかかる申請に際しては、改めて添付する必要はありません。

添付書類

☆特にありません。（ただし、「低所得者」及び「低所得者Ⅰ・Ⅱ」は、前頁その他を参照）

☆限度額適用認定証の交付を受けていても、現物給付を受けることができず、医療機関の窓口で3割負担をした場合、または現物給付を受けていて、その後、多数該当、世帯合算で高額療養費を請求する場合は、申請時に医療機関の領収書の写しを添付してください。

提出期限

☆診療月の翌月の1日から2年間（2年経過すると、時効により支給できません。）

留意点

☆自己負担額は、保険診療分が対象となりますので、入院時の室料差額や歯科治療の材料差額は保険診療外のため計算に含まれません。また、入院時の食事療養費も計算に含まれません。

☆この給付金は、医療機関の請求書に基づいて決定されます。医療機関からの請求書が届くまでに、受診月から2～3か月（場合によってはそれ以上かかる場合があります）かかりますので、支給が遅れることをあらかじめご了承ください。

☆高額療養費は次の単位で計算します。

- 1 暦月ごとに計算
 - ・月の1日から末日までに受診した分を、1か月分として計算します。
 - ・月をまたいで受診したときは、それぞれの月で計算します。
- 2 病院ごとに計算
 - ・2つ以上の病院にかかったときは、それぞれの病院ごとに計算します。
- 3 1人ずつ計算
 - ・同一世帯で、2人以上の方が受診したときは、それぞれ別に計算します。
ただし、同一世帯で1か月の自己負担が21,000円以上のものが2件以上ある場合は、合算して計算します。なお、高齢受給者については合算対象基準額がなく、すべての自己負担が対象になります。
- 4 入院・通院は別に計算します。

☆所得区分が「一般」または「低所得」である70歳以上の被保険者、被扶養者の方が外来で受診し、計算期間（前年8月1日～7月31日）のうち、所得区分が該当する月の1年間の外来療養の自己負担額の合計が144,000円を超えた場合、その超えた額が高額療養費として払い戻されます。

負傷の原因について記入してください。

保険証の記号と番号を記入してください。

治療を受けた期間を暦月単位入院、通院別で記入してください。

合算高額療養費に該当する場合に記入してください。

健康保険 高額療養費 支給申請書

本人
家族
合算

(1 年 5 月 受診分)

①被保険者証の記号・番号	950 80	②標準報酬月額	3 0 0	③事業所の名称	愛鉄工業株式会社
④療養を受けた者の氏名・生年月日・続柄	氏名 中村吾平 父 昭和・平成・令和 25年4月3日	続柄	父	⑤療養を受けた者の氏名・生年月日・続柄	氏名 中村太郎 本人 昭和・平成・令和 47年6月21日
⑤傷病名	右橈骨骨折	⑥療養を受けた病院・診療所の名称及び所在地	愛鉄連病院 名古屋市中区五の丸1-3-5	⑤傷病名	肺炎
発病又は負傷の原因	休日に1人で自宅階段を踏み外して転落した	⑥療養を受けた病院・診療所の名称及び所在地	愛鉄医院 名古屋市中区黄金3-10	発病又は負傷の原因	不詳
負傷したとき	出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 退社途中・帰宅後・(休日)・その他	⑦療養を受けた期間	1年5月1日から 30日まで 入院・通院 30日間	負傷したとき	出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 退社途中・帰宅後・(休日)・その他
⑧療養を受けた期間に受けた療養費の額	85,000 円	⑦療養を受けた期間	1年5月15日から 2日まで 入院・通院 2日間	⑧療養を受けた期間に受けた療養費の額	22,000 円
⑨限度額適用認定証を受けているかどうか	受けている (年月日発効) 受けていない	⑨限度額適用認定証を受けているかどうか	受けている (年月日発効) 受けていない	⑨限度額適用認定証を受けているかどうか	受けている (年月日発効) 受けていない
⑩自己負担額から支給されるかどうか	受けられる 制度名 () 費用徴収 (有・無) 受けられない	⑩自己負担額から支給されるかどうか	受けられる 制度名 () 費用徴収 (有・無) 受けられない	⑩自己負担額から支給されるかどうか	受けられる 制度名 () 費用徴収 (有・無) 受けられない
⑪今回申請の受診月以前1年間の受けた高額療養費	受診月 年 月受診分	⑪今回申請の受診月以前1年間の受けた高額療養費	年 月受診分	⑪今回申請の受診月以前1年間の受けた高額療養費	年 月受診分

入院時の食事にかかる標準負担額は、高額療養費の対象になりません。

裏面の注意事項をよく読んでご提出下さい。(申請書は、月毎に必要となります。)

今回請求以前の1年以内に高額療養を受けた場合はその年月を記入してください。

被保険者の個人口座へ振込みを希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

委任者は、請求書に押印されたものと同じ印で押印してください。

委任を希望される場合のみご記入ください。

⑫(フリガナ)払渡し希望銀行の口座	銀行 信用金庫	預金の種類	普通 当座 貯蓄	店番	口座名義人氏名(被保険者)
	本支店			口座番号	フリガナ
					氏名

⑬市町村民税が課されないことを証明する。
市(区)町村民税 年度の市(区)町村民税 証明する欄が 市(区)町村民長名

⑭委任状
申請金額の受領を下記の者に委任します。
被保険者氏名 中村太郎 愛鉄工業
(申請者)
委任された者の 愛鉄工業株式会社
事業所名 名古屋市中区栄二丁目10番19号
住氏 代表取締役社長 愛鉄 連太郎

上記のとおり申請します。
1 年 6 月 1 日
愛鉄連健康保険組合理事長 殿

〒 453-0804
被保険者(申請者)住所 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地
被保険者(申請者)氏名 中村太郎
TEL (052) 461-6131

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄

(令和1年5月1日改)

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

自己負担額について、他の制度から受けられることができる方はその制度名と費用、徴収の有無を記入してください。

非課税世帯の場合、証明書を添付するか市町村の証明をうけてください。

被保険者の住所、氏名を記入し押印してください。

※記入誤りがある場合は、申請欄及び委任欄と同じ印にて訂正してください。

高額な診療を受けるとき

4 限度額適用認定申請書

被保険者・被扶養者が高額な診療を受ける場合、「健康保険限度額適用認定証」を提示することにより、一医療機関ごとの入院、外来費用の窓口負担額がそれぞれ自己負担限度額までとなります。

(注) 自己負担限度額は、区分により下記のとおりとなります。

【自己負担限度額】

区分 (標準報酬月額)	高齢受給者【70歳以上(後期高齢者を除く)】		区分 (標準報酬月額)	一般【70歳未満】及び 世帯全体を合算する場合
	個人単位 (外来)	世帯単位(入院含む)及び 高齢受給者のみを合算する場合		
現役並み所得者	現役並みⅢ 830千円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% [140,100円]	区分ア 830千円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% [140,100円]
	現役並みⅡ 530千円~790千円	167,400円+(医療費-558,000円)×1% [93,000円]	区分イ 530千円~790千円	167,400円+(医療費-558,000円)×1% [93,000円]
	現役並みⅠ 280千円~500千円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [44,400円]	区分ウ 280千円~500千円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [44,400円]
一般 260千円以上	18,000円 (※年間 144,000円)	57,600円 [44,400円]	区分エ 260千円以下	57,600円 [44,400円]
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円	区分オ 低所得者	35,400円 [24,600円]
低所得者Ⅰ		15,000円		

添付書類

☆特にありません。(ただし、き損で再交付を申請するときや、有効期限に達し、再度申請をするときは、き損した証、または有効期限に達した証を添付してください。)

提出期限

☆特にありません。(発効年月日は、申請書を受付した月の1日となります。)

留意点

☆多数該当で現物給付を受けることができなかった場合や、調剤合算、世帯合算の取扱いは『高額療養費支給申請書』の申請による償還払いとなります。

☆市区町村民税が非課税などによる低所得者の方が、高額診療の窓口負担の軽減を受ける場合は、別途申請書が必要になりますので、健康保険組合までご連絡ください。

☆次の場合には「限度額認定証」を返却してください。

- ・有効期限に達したとき
- ・被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき
- ・適用対象者が70歳に達する月の翌月に至ったとき
- ・定年後再雇用などにより保険証の番号が変更になったとき
- ・標準報酬月額の変更により適用区分欄に表示された区分に変更が生じるとき
- ・適用対象者が後期高齢者医療制度に加入したとき

☆有効期限後、引き続き高額な診療を受ける場合は、改めて交付の手続きを行ってください。

(注) 市区町村民税が非課税などによる低所得者の方が高額診療における病院などの窓口で負担の軽減を受ける場合は、別に「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」の提出が必要です。

☆被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

☆現役並み所得者Ⅰ、Ⅱに該当された方につきましては、医療機関へ提示する高齢受給者証のみでは現役並み所得区分3種類の特定ができないため、一律所得区分Ⅲの限度額にて費用徴収されることとなります。事前に限度額適用認定証の交付を受けている場合は高齢受給者証と限度額適用認定証の両方を医療機関で提示することにより、窓口負担も所得区分に応じた限度額までの負担とすることができます。

☆被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合

- ・備考欄へマイナンバーを記入してください。
- ・マイナンバーを記入した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」をする為の添付書類が必要となります。
- ・事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の免許証の写し等）」が必要となります。また、その場合は必ず「申請書の提出を事業主へ委任します。」欄に☑を入れてください。

被保険者の保険証の記号・番号、氏名、生年月日、住所等を記入してください。

		課長	係長	係員

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者	記号・番号	950 — 80	事業所名	愛鉄工業(株)
	被保険者氏名	中村太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	生年月日	47年 6月 21日
	被保険者住所・連絡先	〒453-0804 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地		TEL (052) 461-6131
適用対象者 <small>※被保険者の場合は記入の必要はありません</small>	適用対象者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	適用対象者性別	男・女	被保険者との続柄	
	適用対象者住所・連絡先	〒 -		TEL () -
申請代行者 <small>※被保険者・適用対象者以外の方が申請する場合に記入してください。</small>	申請代行者氏名		被保険者との関係	
	申請代行者住所・連絡先	〒 -		TEL () -
	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 ()			

適用対象者が被扶養者の時は記入してください。

令和 1 年 5 月 15 日
 上記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。
 限度額適用認定証の送付先は【事業所・被保険者・適用対象者・申請代行者】の住所
 にお願ひします。(希望郵送先へ○を付してください。)
 ※申請代行者が被扶養者もしくは事業主以外で、申請代行者の住所に送付希望の場合は、被保険者との続柄を証明する書類(写し)等を添付してください。(戸籍謄本の写し等)
 ※限度額適用認定証が適用されるのは、申請を受けた月の1日から直近の8月31日までとなります。
 有効期限後引き続き高額な診療を受けられる場合は、改めて交付の申請をしてください。

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄にを入れてください。
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄	
-----	--

健 保 記 入 欄	交付年月日	令和 年 月 日	受 付 印
	発効年月日	令和 年 月 日	
	有効期限	令和 年 月 日	
	標準報酬月額	千円	
	適用区分	ア・イ・ウ・エ	
	70歳以上適用区分	現役並み所得者 I・II	

【令和1年5月1日改】

被保険者・適用対象者以外が申請する場合、申請代行者の氏名、関係、住所、代行の理由を記入してください。

希望する郵送先に○を付けてください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

出産で仕事に就けなかったとき

5 出産手当金請求書

被保険者が出産で仕事に就けず、給料を受けられないときは、出産（予定）日以前42日（多胎妊娠（双子以上）は98日）から出産日後56日までの期間内で、請求により出産手当金が支給されます。

添付書類

☆請求期間が含まれている月の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写し。

提出期限

☆労務不能であった（労務に服さなかった）日ごとにその翌日から2年間。（2年経過すると、時効により支給できません。）

留意点

☆出産手当金の請求期間と傷病手当金の請求期間が重複する場合には、出産手当金が優先し傷病手当金は支給されません。

☆欠勤1日について標準報酬日額の3分の2が支給されます。（給料を受けているときも、その金額が出産手当金の支給日額より少ない場合は、その差額が支給されます。）

☆出産予定日よりも後に出産した場合は、遅れた期間も支給されます。

【資格喪失後に出産手当金を受ける要件を満たしている方で、引き続き給付を受ける場合】

☆在職期間（被保険者であった期間）が1年以上ある方が退職された場合、退職日において、出産手当金を受給できる状態（*）であった方については、請求により出産手当金が支給されます。

* 資格喪失後継続給付（法第104条）の支給要件が「・・・その資格を喪失した際に出産手当金の支給をうけているもの・・・」（有給休暇のため不支給のものを含みます）とあることから、退職日以前より出産手当金を受けている場合であっても、退職日に労務に服した場合は継続給付は支給されなくなります。

☆被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー（個人番号）の記入は不要です。

☆被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合

- ・備考欄へマイナンバーを記入してください。
- ・マイナンバーを記入した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」をする為の添付書類が必要となります。
- ・事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の免許証の写し等）」が必要となります。また、その場合は必ず「申請書の提出を事業主へ委任します。」欄に☑を入れてください。

出産したとき

6 出産（家族出産）育児一時金請求書（直接支払制度差額支給用） 出産（家族出産）育児一時金請求書

被保険者または、被扶養者が出産したときは、1児につき42万円（*1）が支給されます。

ただし、出産をされる被保険者または被扶養者が、直接支払制度を利用する場合は、申請により出産費用が42万円（*1）に満たない場合に、出産育児一時金との差額が支給されます。
また出産費用が42万円（*1）以上の場合は申請の必要はありません。

（*1）産科医療補償制度未加入の医療機関は40万4千円。また、産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下における在胎週数22週以降に達した日以後の出産でない場合には40万4千円の支給となります。

請求用紙と添付書類

☆直接支払制度を利用する場合（出産費用が42万円（*1）に満たない場合）

《請求用紙》

- ・ 出産（家族出産）育児一時金請求書（直接支払制度差額支給用）

《添付書類》

- ・ 医療機関等から退院時に渡された出産費用についての領収書（費用内訳書）
及び・これに付随する明細書の写し（*2）

（*2）領収・明細書には「出産年月日」、「出生児数」、「代理受取額」、「直接支払制度を用いている旨」等の記載があるもの

☆直接支払制度を利用しない場合

《請求用紙》

- ・ 出産（家族出産）育児一時金請求書

《添付書類》

- ・ 医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写し
- ・ 医療機関等で退院時に渡された出産費用についての領収書（費用内訳書）及びこれに付随する明細書の写し

提出期限

☆出産日の翌日より2年間。（2年経過すると、時効により支給できません。）

留意点

☆直接支払制度を利用する場合としない場合では申請用紙が異なります。

☆給付の対象となる出産は、妊娠4か月（85日）以後で、生産・死産・流産（人工中絶・早産を含む）であっても支給されます。

☆双子の場合は2人分支給されます。

☆継続して1年以上被保険者であった方が、資格喪失後6か月以内に出産したときも支払われます。

☆被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー（個人番号）の記入は不要です。

☆被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合

- ・ 備考欄へマイナンバーを記入してください。
- ・ マイナンバーを記入した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」をする為の添付書類が必要となります。
- ・ 事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の免許証の写し等）」が必要となります。また、その場合は必ず「申請書の提出を事業主へ委任します。」欄に☑を入れてください。

出生児の氏名を記入してください。

保険証の記号と番号を記入してください。

出生年月日を記入してください。

出産(家族出産) 育児一時金 請求書(直接支払制度差額支給用)

★この請求書は直接支払制度を利用し、出産費用が42万円(*)未満の場合に差額を請求する場合に使用します。

被保険者証の記号・番号	950	80	事業所の名称	愛鉄工業 株式会社		
出産した年月日	1年 5月 6日		生産・死産の別	生産・死産		
出生児氏名	中村 一郎		出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <u>ある</u> ない		
出生児が被扶養者でないときはその理由	1. 夫の被扶養者にする		2. その他 ()			
入院期間	1年 5月 6日		7日間			
退職後の出産の場合	夫の保険証の記号・番号及び保険者名	記号	番号	保険者名		
					・ 全国健康保険協会 () 支部 ・ () 健康保険組合 ・ その他 ()	
この欄は被扶養者が出産したときに記入してください	被扶養者の氏名	中村 良子		生年月日	昭和 平成・令和 63年 5月 5日	
	家族が出産前6か月以内に勤務したことがあるときはその事業所の	名称	愛鉄産業(株)	資格期間	加入していた健康保険	
	所在地	名古屋市中央区黄金通6	17年 4月 1日	記号・番号	保険者名(例:愛鉄連健保)	
	TEL	052-461-6135	30年 12月 31日	800 3	全国健康保険協会(愛知支部)	
払渡し希望銀行の口座	(フリガナ)	銀行信用金庫	預金の種類	普通当座	店番	口座名義人氏名(被保険者)
		本店支店	貯蓄		店番	フリガナ 氏名

退職後の場合、必ず記入してください。

6か月以内の時必ず記入してください。

被保険者の個人口座へ振り込みを希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

上記のとおり請求します。

※太枠欄を訂正する場合、訂正印として請求者印と同じ印を押印してください。

〒 453 - 0804
1年 5月 20日 被保険者(請求者)住所 名古屋市中央区黄金通2-18

愛鉄連健康保険組合理事長 殿 被保険者(請求者)氏名 中村太郎 TEL (052) 461 - 6131

被保険者住所・氏名等を記入し、押印してください。

【注】 出産費用が42万円(*)に満たない場合の差額を申請する場合は、医療機関等で退院時に渡された出産費用についての領収書(費用内訳書)及びこれに付随する明細書の写し※を添付してください。
※ 領収・明細書には「出産年月日」、「出生児数」、「代理受取額」、「直接支払制度を用いている旨」等の記載があるもの

本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄にを入れてください。

(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄

(*) 産科医療保障制度未加入の医療機関での出産の場合は40万4千円となります。

金額の受領を委任するときに記入するところ	本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 1年 5月 19日	被保険者(請求者)	氏名	中村太郎
	委任された者の事業所名 住所 氏名	愛鉄工業 株式会社 名古屋市中央区栄2丁目10番19号 愛鉄連太郎	愛鉄工業	代表印

委任者は、請求書に押印されたものと同じ印で押印してください。

(令和1年5月1日 改)

委任を希望される場合のみご記入ください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

※記入誤りがある場合は、申請欄及び委任欄と同じ印にて訂正してください。

出生児の氏名を記入してください。

保険証の記号と番号を記入してください。

出生年月日を記入してください。

出産（家族出産）育児一時金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	950	80	事業所の 名 称	愛鉄工業 株式会社			
	出産した年月日	1 年 5 月 7 日		生産・死産 の 別	生産・死産			
	出生児氏名	中村 一郎		出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で <u>あ</u> る な い			
	出生児が被扶養者で ないときはその理由	1. 夫の被扶養者にする 2. その他 ()						
	退職後の 出産 の場合	夫の保険証の 記号・番号 及び保険者名	記 号	番 号	保 険 者 名 ・ 全国健康保険協会 () 支部 ・ () 健康保険組合 ・ その他 ()			
6か月以内の時 必ず記入して ください。	この欄は被扶養者 が出産したときに 記入してください	被扶養者の 氏 名	中村 良子		生年月日	昭和・平成・令和 63年 5月 5日		
		名称	愛鉄産業(株)		資格期間	加入していた健康保険		
		所在地	名古屋市中村区黄金通6		17年 4月 1日	記号・番号	保険者名(例:愛鉄連健保)	
		TEL	052-461-6135		30年 12月 31日	800 3	全国健康保険協会 (愛知支部)	
（フリガナ） 払渡し希望 銀行の口座	銀行 信用金庫	預金 の種類	普通 当座 貯蓄	店番	口座名義人氏名（被保険者） フリガナ			
	本 店 支 店			口座 番号	氏名			

退職後の場合、必ず記入してください。

被保険者の個人口座へ振り込みを希望する場合は記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

※太枠欄を訂正する場合、訂正印として請求者印と同じ印を押印してください。

上記のとおり請求します。

1 年 5 月 30 日

〒 453 - 0804

被保険者（請求者）住所 名古屋市中村区黄金通2-18

愛鉄連健康保険組合理事長 殿 被保険者（請求者）氏名 中村太郎

TEL (052) 461 - 6131

被保険者住所・氏名等を記入し、押印してください。

委任者は、請求書に押印されたものと同じ印で押印してください。

【注】直接支払制度を利用しない場合は、医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写し、医療機関で退院時に渡された出産費用についての領収書（費用内訳書）及びこれに付随する明細書の写しを添付してください。

□ 本請求書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。

（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証の写し等）」が必要となります。）

備考欄

金額の受領を委任するときに記入するところ	本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 1 年 5 月 30 日 被保険者(請求者) 氏名 中村太郎 委任された者の 事業所名 愛鉄工業 株式会社 住 所 名 名古屋市中区栄2丁目10番19号 氏 名 愛鉄連太郎
----------------------	--

委任を希望される場合のみご記入ください。

医師・助産師または市区町村長が証明するところ	出産した年月日	1 年 5 月 7 日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠 か月）		
	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します。 1 年 5 月 30 日 医療施設の名称・所在地 名古屋病院 名古屋市中区五の丸1-3-5 医師・助産師名 名古屋三郎					
	本 籍				筆頭者氏名	
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名	出生年月日		年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 市区町村長名						

医療機関の印でなく医師の印を押印してもらってください。

医師、助産師または市区町村長の証明を受けてください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー（個人番号）の記入は不要です。

※記入誤りがある場合は、申請欄及び委任欄と同じ印にて訂正してください。

被保険者や被扶養者が死亡したとき

7 埋葬料（費）請求書

被保険者又は被扶養者である家族が死亡したときは、埋葬料として50,000円が支給されます。

添付書類

- ☆被保険者が死亡し、被扶養者でない家族が請求する場合は、その続柄を証明する書類（戸籍謄本、住民票など続柄を確認できるもの。）
- ☆被保険者が死亡し、その埋葬を家族以外の人が行い請求する場合は、埋葬に要した費用の証拠書、領収書。
- ☆事業主の証明がない場合、市区町村長の埋（火）葬許可証もしくは死亡診断書、死体検案書又は検死調書の写しのいずれか。

提出期限

- ☆死亡した日の翌日から2年間。（2年経過すると、時効により支給できません。）

留意点

- ☆死亡の原因が業務上のものや、通勤途上のもは対象になりません。
- ☆被保険者が死亡して、遺族がまったくいないときは、実際に埋葬を行った方に、埋葬料の範囲内で、実費が「埋葬費」として支給されます。
- ☆在職期間にかかわらず、以下の場合支給されます。
ただし、被扶養者の死亡に対する家族埋葬料は支給されません。
 1. 資格喪失後3か月以内
 2. 資格喪失後傷病手当金・出産手当金の継続給付を受けている期間、または、受けなくなって3か月以内に死亡した場合
- ☆被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー（個人番号）の記入は不要です。
- ☆被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合
 - ・備考欄へマイナンバーを記入してください。
 - ・マイナンバーを記入した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」をする為の添付書類が必要となります。
 - ・事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の免許の写し等）」が必要となります。また、その場合は必ず「申請書の提出を事業主へ委任します。」欄に☑を入れてください。

保険証の記号と番号を記入してください。

被保険者が死亡したときに記入してください。

被扶養者が死亡したときに記入してください。

委任を希望される場合のみ記入ください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

事業主の証明が受けられないときは死亡診断書等の写しを添付してください。

被保険者が死亡した場合には、請求者の住所、氏名を記入し、押印してください。

被保険者が死亡したときはその被保険者との続柄を記入してください。

被保険者 健康保険 埋葬料(費) 請求書

(家族)

被保険者証の記号・番号	950	81	事業所名	愛鉄工業株式会社		
死亡した被保険者の氏名			埋葬に要した費用額	金	1,500,000	円
被扶養者の死亡に関するときはその者の氏名	中村 吾市		生年月日	昭和 26 年 4 月 3 日	被保険者との続柄	父
死亡年月日	1 年 5 月 3 日	埋葬年月日	1 年 5 月 4 日	死亡の原因	脳梗塞	
介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称	市町村名		
(フリガナ) 払渡し希望銀行の口座	銀行 信用金庫	預金の種類	普通 当座	店番	口座名義人氏名(被保険者)	
	本支店		貯蓄	口座番号	フリガナ	氏名

本請求に基づき給付金の受領を下記の者に委任します。

被保険者(請求者) 氏名 中村 花子 (専)

委任された者の事業所名 名古屋市中区栄二丁目10番19号 愛鉄工業株式会社 (愛鉄工業 代表者印)

氏名 愛鉄連太郎

上記のとおり請求します。

1 年 5 月 20 日

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

被保険者(請求者)住所 名古屋市中区栄二丁目18番地

被保険者(請求者)氏名 中村 花子 (中)

本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。

(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄	
-----	--

死亡した者の氏名	中村 吾市	被保険者	被扶養者
死亡した年月日	1 年 5 月 3 日	死亡	
死亡した原因	脳梗塞		
上記のとおり相違ないことを証明します。	1 年 5 月 15 日		
(記載者氏名)	事業所の所在地 名古屋市中区栄二丁目18番地	事業所の名称 愛鉄工業株式会社	事業主の氏名 代表取締役社長 愛鉄連太郎 (愛鉄工業 代表者印)
	TEL (052) 461 - 6131		

(注) 1. 死亡した被保険者の家族が埋葬を行い請求者となる場合は、その続柄を証明する書類を添付してください。
 2. 被保険者が死亡しその埋葬を家族以外の人が行い請求する場合は、埋葬に要した費用の証拠書、領収書を添付してください。
 3. この請求書には市区町村長の埋(火)葬許可証若しくは死亡診断書、死体検案書又は検死調書の写し、又は死亡に関する事業主の証明書のいずれかを添付してください。(令和1年5月1日 改)

◎死亡の原因が第三者の行為による場合は、「第三者の行為による被害届」を添付してください。◎本枠欄を訂正する場合、訂正印として請求者印と同じ印を押印してください。

死亡の原因を記入してください。

被保険者の個人口座へ振り込みを希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

委任者は請求書に押印されたものと同じ印で押印してください。

法人の場合は、代表者印を忘れずに押印してください。

※記入誤りがある場合は、申請欄及び委任欄と同じ印にて訂正してください。