

健康保険

届書・請求書の書き方

愛鉄連健康保険組合

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. 任意継続被保険者が就職などで資格を喪失するとき
任意継続被保険者資格喪失申請書
10. 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
11. 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
12. 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
13. 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
14. 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
15. 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
16. 各種証明願について
証明願
17. 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
18. 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
19. 事業主が変わったとき
事業主変更届
20. 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

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以下の1または2の添付書類。

- ①「就業規則の写し」または「退職辞令の写し」
②「雇用契約書の写し」
- 「事業主証明の原本」※退職日と再雇用日の記載があり、再雇用日以降に証明されたものに限る。

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、日本年金機構のホームページで最新の価額をご確認ください。

☆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ためには、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、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。

特定適用事業所および短時間労働者の取り扱いについては、18.「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。

健康保険被保険者証の記号
950

マイナンバー（個人番号）を必ず記入してください。

健康保険 被保険者資格取得届

課長	係長	係員

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入してください。

〒 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
(052) 461 - 6131

郵便番号 事業所所在地
事業所名称 事業主氏名 電話番号

番号が不明の場合には空白で提出してください。

健康保険被保険者証の番号 81	被保険者の氏名 フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	生年月日 昭和 45 年 12 月 16 日 平成 7 年 1 月 1 日	性別 (男)1 (女)2	マイナンバー (個人番号) 11111111111111111111	資格取得年月日 昭和 51 年 2 月 1 日 平成 15 年 2 月 1 日	標準報酬月額 171,000 円 5,720 円 176,720 円	添付書類
フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫
フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫

資格取得届に添付する書類を記入して下さい。

被扶養者（異動）届の添付の有無を○で囲んでください。

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、こちらにチェックを入れてください。

報酬月額欄には見込み額で記入します。具体的には基本給に通勤手当・住宅手当などの定期的に支払われる諸手当と残業手当等（見込額）を加えた額を記入します。

フリガナ、氏名は戸籍上のものを記入してください。

住民票の住所を記入してください。住民票住所と居所（郵送先住所）が異なる場合は、住所変更届を添付してください。郵便番号を忘れずに記入してください。

社会保険労務士の提出代行者印

令和 5 年 12 月 1 日 提出

第 業

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

受付日付印

(令和5年12月 改)

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

【被扶養者を追加する場合】

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（続柄が記載されており、その続柄が異動届記載と同一であること） ※住民票の続柄が「子」や「子の子」などの場合、戸籍の添付が必要です。	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、⑰欄で内容確認後、記入してください。

※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、受給資格通知の写し
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。

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	・生計維持証明書	・申出書	・申出書 ・生計維持証明書
配偶者：内縁の夫妻		・申出書 ・生計維持証明書	・申出書
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
孫			

☆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⑱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。

日本国内に住所のない被扶養者の申請に必要な添付書類一覧

通常の添付書類の他に、該当する事由ごとの下記添付書類を添付してください。

例外該当事由	添付書類
1. 外国において留学をする学生	査証、学生証、在学証明書、入学証明書等の写し
2. 外国に赴任する被保険者に同行する者	査証、海外赴任辞令、海外の公的機関が発行する居住証明書等の写し
3. 観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者	査証、ボランティア派遣機関の証明、ボランティアの参加同意書等の写し
4. 被保険者が外国に赴任している間に当該被保険者との身分関係が生じた者であって、2と同様に認められる者	出生や婚姻等を証明する書類等の写し
5. 1～4に掲げるものの他、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者	個別に判断

☆上記以外に特に当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、当組合にお問い合わせください。

【被扶養者を削除する場合】

☆保険証

☆高齢受給者証 ☆限度額適用・標準負担額減額認定証
 ☆特定疾病療養受療証 ☆限度額適用認定証 （ 交付されている場合 ）

☆上記以外に特に当組合が必要と認めた場合には、資格取得日が確認できるもの（保険証の写しなど）をご提出いただくことがあります。ご不明な点は、当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

【被扶養者を追加する場合】

☆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。

☆マイナンバー（個人番号）を必ず記入してください。

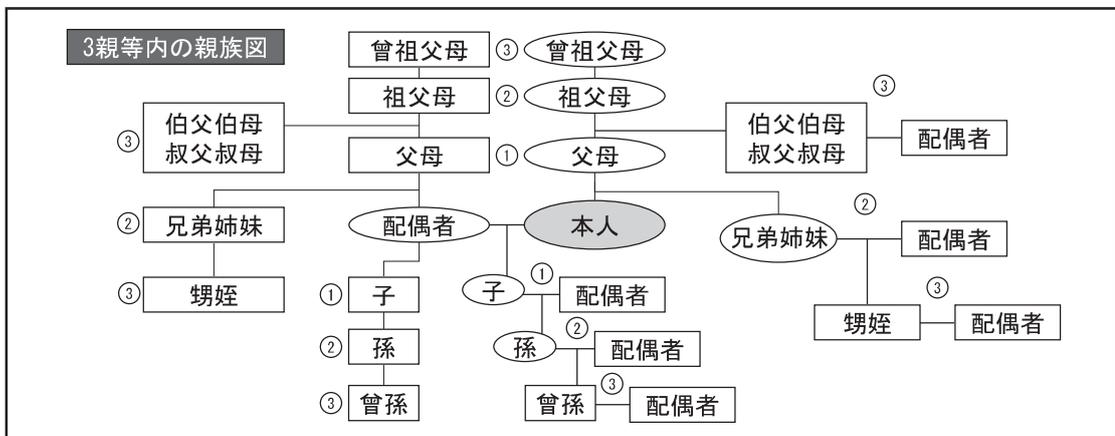
☆被扶養者として届け出ることができる方は下記の親族で、主として被保険者の収入で生計を維持している方です。

- (1) 被保険者の配偶者（内縁を含む）・直系尊属・子・孫・兄弟姉妹。
- (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。

【被扶養者を削除する場合】

☆マイナンバー（個人番号）は記入しないでください。

保険証の記号・番号及び氏名、生年月日を記入してください。

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入してください。



健康保険被扶養者（異動）届

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 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

④既領・身分関係・生計維持に関する証明書の添付が必要ですが、事業主が自らの旅行する情報に基づき確認をした場合には添付書類が省略できます。(※裏面参照) 各被扶養申請者について、添付書類が省略できることを確認した場合は、下記で囲み、署名してください。

事業所名称 愛鉄工業 株式会社
 事業主氏名 愛鉄 連太郎

被扶養者1 被扶養者2 被扶養者3 被扶養者4
 確認 確認 確認 確認 (確認)

① 被保険者証の記号番号 950 81 ②標準報酬月額額 180 千円

③ 被保険者の氏名 および生年月日 中村 一夫 昭和 45年 12月 16日 昭和 5年 12月 1日

被扶養者の氏名	生年月日	被扶養者の職業	被扶養者との同居・別居の年月日	被扶養者の住民票住所	扶養し始めた日	扶養し始めた理由	健康保険種別
① 被扶養者 1 中村 花子	昭和 5年 1月 15日	パート	平成 10年 6月 18日	同上	令和 5年 12月 1日	被扶養し始めた理由は、または扶養しなくなった理由	健康保険
② 被扶養者 2 中村 花子	昭和 29年 10月 1日	小学生	平成 24年 10月 1日	同上	令和 5年 12月 1日	被扶養し始めた理由は、または扶養しなくなった理由	健康保険
③ 被扶養者 3 中村 洋子	昭和 29年 9月 10日	パート	平成 14年 11月 15日	同上	令和 5年 12月 1日	被扶養し始めた理由は、または扶養しなくなった理由	健康保険
④ 被扶養者 4							

被扶養者として申請される方の氏名、フリガナ、性別、生年月日を記入してください。

扶養家族の増・減を○で囲んでください。

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。

令和 5年 12月 1日 提出
 ◎⑤の欄に必ず理由を記入してください。扶養し始めた場合（出生、退職、結婚、結婚、取入減等）扶養しなくなった場合（就職（第2号被保険者の取付）、離婚、収入増、死亡等）
 ◎家族を扶養から削除する場合はマイナンバー（個人番号）の記入は必要ありません。
 ◎裏面の「注意事項」をよくお読みの上、必要書類を添えてご提出ください。
 ◎配偶者の年間収入の欄は、今後1年間の年間収入見込み額をご記入ください。収入には、非課税のもの（障害・遺族年金、失業給付等）も含まれます。（令和5年12月 改）

被保険者との続柄を記入してください。

被保険者と同居、もしくは別居の別を○で囲み、その年月日を記入してください。

被保険者と住民票住所が異なる場合のみ記入してください。住民票住所と居所（郵送先住所）が異なる場合は、住所変更届を添付してください。

申請する方を扶養することとなった日、または扶養しなくなった日を記入してください。

この被扶養者（異動）届を提出することとなった理由を記入してください。

被保険者の配偶者について記入してください。配偶者の年間収入は、今後1年間の年間収入見込み額を記入してください。収入には非課税のもの（障害・遺族年金、失業給付等）も含まれます。

続柄・収入・世帯を事業主様が確認された上で、記入されますと身分関係及び生計維持に関する書類が省略可能です。

保険証の記号・番号を記入してください。

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

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。

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。

生計維持に関する証明書

● 扶養理由 (扶養しなければならぬ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。

被保険者氏名を記入してください。

上記理由により扶養しています。被保険者氏名 中村一夫

令和 4 年 10 月 5 日

扶養の事実に関連ないことを証明します。

住所 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地

(証明者) 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

(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、不動産所得、事業所得、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康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4年0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）及び以下の1または2の添付書類。

1. ①「就業規則の写し」または「退職辞令の写し」
②「雇用契約書の写し」
2. 「事業主証明の原本」※退職日と再雇用日の記載があり、再雇用日以降に証明されたものに限る。

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
- ・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日に資格喪失日します。

☆臨時雇用への切り替わり（正社員→パート等）の場合は、適用除外になった日に喪失します。

☆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。

保険証の記号を記入してください。

健康保険被保険者の記号
950

健康保険

被保険者資格喪失届

課長	係長	係員

〒 453-0804
名古屋市中村区黄金通
1丁目18番地

郵便番号
事業所所在地

愛鉄工業 株式会社
代表取締役社長 愛鉄 連太郎

事業所名称
事業主氏名
電話番号

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入してください。

保険証の番号を記入してください。

70

郵便番号を忘れずに記入してください。

愛知 鉄郎

郵便番号 453-0804

愛知 名古屋市中区金山1-12-123

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。

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。

健康保険被保険者の証の番号	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)	喪失原因	標準報酬月額	退職手当	退職手当の算出	退職手当の算出	備考
70	愛知 鉄郎	昭和35年10月9日	(男)	昭和40年10月1日	死亡	380	遺失3	遺失3	遺失3	退職 死亡 4年9月30日

令和4年10月1日 提出

社会保険労務士の提出代行番印

愛鉄連健康保険組合 理事長 殿
(令和4年10月1日 改)

受付日付印

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、すみやかに当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（なくなるとき）◆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		届	
被保険者証 の記号・番号	被保険者 氏名	被保険者 氏名	被保険者 氏名	被保険者 生年月日	被保険者 性別
950	愛知 鉄郎	70	愛知 鉄郎	昭・平 35 年 10 月 9 日	男
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		資格喪失年月日 令和 4 年 6 月 1 日	
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 4 年 6 月 1 日		◆ 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		証の種類		証の種類	
愛知 鉄郎	本人	※該当するものに○を付してください。 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)		※該当するものに○を付してください。 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 4 年 5 月 1 日		理由 (詳しく)		理由 (詳しく)	
滅失した場所 (場所) 名古屋市中区栄9-8-7 名古屋榮病院内		理由 (理由) 令和4年5月1日、 名古屋榮病院内で落とした。		理由 (理由) 令和4年5月1日、 名古屋榮病院内で落とした。	
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 返納いたします。 なお、滅失した被保険者証等の不正使用など生じた節に 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。		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 返納いたします。 なお、滅失した被保険者証等の不正使用など生じた節に 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。		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 返納いたします。 なお、滅失した被保険者証等の不正使用など生じた節に 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 愛知 鉄郎		被保険者の氏名 愛知 鉄郎		令和 年 月 日	
事業所の所在地 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地		事業所の所在地 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地		令和 年 月 日	
事業主の氏名 愛鉄工業株式会社		事業主の氏名 愛鉄工業株式会社		令和 年 月 日	
事業主の氏名 代表取締役社長 愛鉄 連太郎		事業主の氏名 代表取締役社長 愛鉄 連太郎		令和 年 月 日	
愛鉄連健康保険組合 理事長 殿		愛鉄連健康保険組合 理事長 殿		令和 年 月 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
 方や回収不能な方の
 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。

被保険者の氏名を
 記入してください。

被保険者証・
 高齢受給者証
 がある場合のみ
 記入が必要です。

事業所所在地、名称、
 事業主氏名を記入して
 ください。

【令和 4 年 10 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いただき、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。具体的には下記の通りです。

- ・月給者、日給月給者…暦日を記入
- ・日給および時間給者…出勤日数と有給休暇を加えた日数を記入

☆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、日本年金機構のホームページで最新の価額をご確認ください。

☆パートタイマーについて

●パートタイマー等の算定基礎届については、フルタイムで勤務する被保険者と異なり、支払基礎日数によって算定方法が異なりますのでご注意ください。

1. 算定基礎届の備考欄に「パート」と記入してください。
2. 4月・5月・6月の算定月中、支払基礎日数が17日以上のある月があれば、17日以上のある月の報酬により計算し、決定されます。
3. 4月・5月・6月の算定月のすべての基礎日数が17日未満の場合は、その支払基礎日数が、当該被保険者につき恒常的なものと認められる場合（おおむね15日以上）の月の報酬月額の平均を標準報酬月額決定の基礎として取り扱います。
4. 4月・5月・6月の算定月のすべての基礎日数が15日未満の場合は、従前の標準報酬月額を当該年度の標準報酬月額とします。

●支払基礎日数に17日以上のある月がある場合（17日以上のある月の報酬により決定します。）

健康証番号		□ 短時間労働者 (3/4未満) (該当する場合は☑を大に入れてください)		氏名		年 月 日		種別	健康の従前		年 月		
12				愛知 りえ		5	41	10	01	2	1	1	8
支払基礎日数	4月 21日	126,000	円	0	円	126,000	円	126,000	円	平均	04	09	
	5月 16日	111,000	円	0	円	111,000	円	126,000	円	修正平均			
	6月 15日	108,000	円	0	円	108,000	円	126,000	円	平均	1	2	6
												パート	

「パート」の方については、17日未満の月の報酬月額も必ず記入してください。

支払基礎日数が17日以上ある月により計算してください。

備考欄に「パート」と記入してください。

●支払基礎日数が3か月とも17日未満の場合

健康証番号 20		<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は☑を入れてください。)		氏名 吉田 花子		年 5	生 32	年 05	月 21	日 2	種別	健康の従前 1 1 8		千円	年	月	
支払 基礎 日数	4月 15日	108,000	円	現 物 に よ る もの の 額	0	円	合	108,000	円	総 計	220,000	円	適 用 年 月 年 04	月 09	備 考	週 及 支 払 額	円
	5月 16日	112,000	円	上 る もの の 額	0	円		112,000	円	平 均	110,000	円	修 正 年 月			給 付 額	円
	6月 10日	60,000	円	の 額	0	円	計	60,000	円	健 保 の 決 定	1 1 0	千円				給 付 月	年 月

「パート」の方については、17日未満の月の報酬月額も必ず記入してください。

支払基礎日数が15日以上ある月により計算してください。

備考欄に「パート」と記入してください。

☆特定適用事業所に勤める短時間労働者（3/4未満）について

※特定適用事業所とは厚生年金保険の被保険者数が常時100人を超える事業所をいいます。

●短時間労働者については、フルタイム・パートタイマーとは算定方法が異なります。

1. 被保険者が短時間労働者である場合は、算定基礎届の「①被保険者の区分」欄、短時間労働者(3/4未満)に☑を入れて下さい。
2. 短時間労働者に関しては支払基礎日数は各月11日以上となっています。4月・5月・6月の算定月中、支払基礎日数が11日以上のある月があれば、11日以上のある月の報酬月額により計算し、決定されます。
3. 4月・5月・6月の算定月中すべての基礎日数が11日未満の場合は、従前の標準報酬月額を当該年度の標準報酬月額とします。

※3か月とも支払基礎日数が11日以上ある場合は、一般の被保険者と同じく3か月平均で決定します。

健康証番号 99		<input checked="" type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は☑を入れてください。)		氏名 佐藤 二郎		年 5	生 43	年 07	月 30	日 1	種別	健康の従前 1 3 4		千円	年	月	
支払 基礎 日数	4月 11日	95,000	円	現 物 に よ る もの の 額	0	円	合	95,000	円	総 計	220,000	円	適 用 年 月 年 04	月 09	備 考	週 及 支 払 額	円
	5月 14日	125,000	円	上 る もの の 額	0	円		125,000	円	平 均	110,000	円	修 正 年 月			給 付 額	円
	6月 10日	89,000	円	の 額	0	円	計	89,000	円	健 保 の 決 定	1 1 0	千円				給 付 月	年 月

「短時間労働者」の方についても、11日未満の月の報酬月額も必ず記入して下さい。

「短時間労働者」の方は必ず☑を入れて下さい。

支払基礎日数が11日以上ある月により計算してください。

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。

特定適用事業所および短時間労働者の取り扱いについては、18.「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。

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。

なお、支払日は最後に支払った日となります。

☆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郵送、または電子申請にて当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」にその旨を記入し、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、当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。

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)

健康保険 被保険者賞与支払届 総括表

		課長	係長	係員

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 健康保険被保険者証の記号 950	② 支給・不支給 ○支給0 ・ 不支給1	※健康保険組合使用欄 (ここには何も記入しないでください) DISC
③ 賞与支払予定年月 令和4年12月	④ 賞与支払年月 (③と異なる場合のみ記入) 年 月	
⑤ 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 人	⑥ 健康保険の被保険者に賞与を支給した人数 6 人	⑦ 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
⑧ 支給した賞与の名称 冬季賞与	⑨ 変更前の賞与支払予定月 7月 12月	⑩ 変更後の賞与支払予定月 月 月 月 月 月

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。

賞与を支給した被保険者の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。

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。

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。
- ②には、賞与の支給があったとき、「支給0」に○印をつけてください。また、支給が無かったとき、「不支給1」に○印をつけてください。
- ④には、賞与の支払年月が③と異なるときに記入してください。
- ⑤には、賞与を支給した日現在の、健康保険の被保険者人数を記入してください。
- ⑥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。
- ⑦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。
- 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と異なるときに記入してください。

社会保険労務士の提出代行者印

令和 4 年 12 月 21 日提出

受付日付印

事業所 〒 453 - 0804
所在地 名古屋市千代田区黄金通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

愛鉄連健康保険組合理事長 殿
(令和4年10月1日 改.)

2022/11/15 現在の情報に基づいて作成しています

※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「電子媒体届書総括表」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 (1/1) 巻

①賞与支払年月日
令和 4 年 12 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 4 年 12 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通貨によるもの額 ⑩現物によるもの額 社種別 備考

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)

健康保険番号	元号	年	月	日	賞与支払年月日	健康保険の標準賞与額(合計)	被保険者氏名	社種別	備考
2	5	28	10	18	令和 4 年 12 月 20 日	5 7 3 0	愛鉄 一郎	1	6,000,000
8	5	31	9	10		8 5 6	愛鉄 太郎	1	856,700
10	5	33	7	3	令和 年 月 日	6 9 3	高橋 涼介	1	643,251 50,000
15	5	52	6	6	令和 年 月 日	4 2 3	伊佐次 由美奈	2	423,412
17	5	30	2	23	令和 4 年 12 月 20 日	0	近藤 勇	1	1,800,000
21	5	31	2	6	令和 4 年 12 月 20 日	4 0	鈴木 功	1	2,000,000
					令和 年 月 日				
					令和 年 月 日				
					令和 年 月 日				
					令和 年 月 日				

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。

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。

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。

社会保険労務士の届出代行業者印

令和 4 年 12 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

愛鉄連健康保険組合理事長 殿
(令和4年10月1日 改)

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

【当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、当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日以内に当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月の翌月	保険料
喪失日 ↓ 被保険者	申請書提出日 ↓ 任意継続被保険者	1か月分
A月	A月の翌月	保険料
喪失日 ↓ 被保険者	申請書提出日 ↓ 任意継続被保険者	2か月分

* 喪失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、当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		年 齢
			上項							円

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。

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5年4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。					
⑥ 被扶養者届	氏 名	性 別	生年月日	続柄	同居/別居	年間収入
	中村 花子	男 女	昭平・令 58年2月21日	妻	同居 別居(仕送り額 円/月)	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未滿
		男 女	昭平・令 年 月 日		同居 別居(仕送り額 円/月)	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未滿
		男 女	昭平・令 年 月 日		同居 別居(仕送り額 円/月)	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未滿
		男 女	昭平・令 年 月 日		同居 別居(仕送り額 円/月)	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未滿
※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 口のいずれかにレ印を必ずつけてください。	①	②	③			
※裏面の注意事項等をご確認ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 毎月納付	<input type="checkbox"/> 直近の9月分まで前納 ※手続きが9月から2月の方は選択できません。	<input type="checkbox"/> 直近の3月分まで前納			

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。

①、②、③の希望するものをひとつ選んで口のいずれかにレ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5年4月1日 改)

会社を退職した日の翌日を記入してください。

申請する方の住所、氏名を記入してください。
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。

任意継続被保険者が就職などで資格を喪失するとき

9 任意継続被保険者資格喪失申請書

任意継続被保険者がつぎのいずれかに該当したときは資格を喪失します。

1. 期間満了(任意継続被保険者となって2年を経過したとき、または、75歳の誕生日前日)となったとき。
2. 65歳から74歳の方で一定の障害に該当し、後期高齢者医療制度に加入したとき。
3. 保険料を納付期限までに納付しなかったとき。
4. 就職等により他の健康保険に加入したとき。
5. 被保険者が死亡したとき。
6. 任意継続の資格喪失の申出が受理されたとき。

☆2・4・5・6の場合は、「任意継続被保険者資格喪失申請書」の提出が必要です。

☆喪失日は、2・4は加入した日、1・3・5はその翌日、6は受理された日の翌月の1日となります。

添付書類

☆保険証等の任意継続被保険者として交付されている各種証(被保険者および被扶養者)

☆上記に加えて、喪失事由により下記添付書類が必要です。

2. 65歳から74歳の方で一定の障害に該当し、後期高齢者医療制度に加入したとき。
☆後期高齢者医療被保険者証の写し
4. 就職等により他の健康保険に加入したとき。
☆就職先等で交付された保険証の写し(被保険者のみ)
5. 被保険者が死亡したとき。
☆死亡年月日が確認できるもの(死亡診断書の写し等)
☆戸籍謄本など被保険者と申請者の関係性がわかるもの(被扶養者以外の親族の方が申請される場合)

提出時期

2. 65歳から74歳の方で一定の障害に該当し、後期高齢者医療制度に加入したとき。
☆後期高齢者医療被保険者証が交付され次第すみやかに
4. 就職等により他の健康保険に加入したとき。
☆就職先等で保険証が交付され次第すみやかに
5. 被保険者が死亡したとき。
☆死亡届の提出後すみやかに
6. 任意継続の資格喪失の申出が受理されたとき。
☆申請書が受理された日の翌月1日が喪失日となります。
ご希望の喪失月の前月中に当組合にご提出ください。

留意点

☆任意継続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。

☆資格喪失月以降の保険料を納められている場合は、還付請求書を送付いたしますので、当組合にご連絡ください。

☆任意継続被保険者期間の満了や75歳到達、保険料の未納での資格喪失の場合、手続は必要ありません。

任意継続の保険証の番号を記入してください。

経		務		業	
課長	係長	係長	係長	係長	係員
同					

健康保険証の記号 - 番号		被保険者氏名	
900 - 15000		中村 太郎	

① 就職先等で新たに健康保険を取得したため（下の記入欄も併せてご記入ください）
② 被保険者が死亡したため
③ 任意継続健康保険の脱退を希望するため

再就職先の資格取得年月日 (死亡の場合は死亡年月日の翌日)	等級 (組合使用欄)
令和5年5月1日	

再就職した事業所	名称	所在地
	愛鉄産業株式会社	〒453-0804 名古屋市中村区黄金通6

再取得した事業所の全国健康保険協会又は、健康保険組合の名称	備考
全国健康保険協会 愛知支部	

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
上記のとおり申請します。 令和5年5月10日 〒453-0804 名古屋市中村区黄金通1-18 中村 太郎 被保険者（申請者）住所氏名 (被保険者との続柄) 本人 愛鉄連健康保険組合理事長 殿 (注意事項) ・ 該当事由が①、②の場合は、この届書に必ず任意継続被保険者の健康保険証を添付してください。 ・ 該当事由が①の場合は、再就職先の健康保険証の写しを添付してください。 ・ 該当事由が②の場合は、死亡年月日を確認できるもの（死亡診断書の写し等）を添付してください。 ・ 該当事由が③の場合は、喪失日は当組合に書類が届いた日の翌月の1日になります。

(令和4年1月1日 改)

就職や死亡の場合は記入してください。

任意継続の保険証の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。

申請する方の住所、氏名を記入してください。

被保険者の氏名が変わったとき

10 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。
- ☆フリガナのみ訂正される場合は、保険証の添付は不要です。

被保険者の生年月日が間違っていたとき

11 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。

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

12 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

☆『産前産後休業の開始日から終了日以降1か月以内』に提出してください。
(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。)

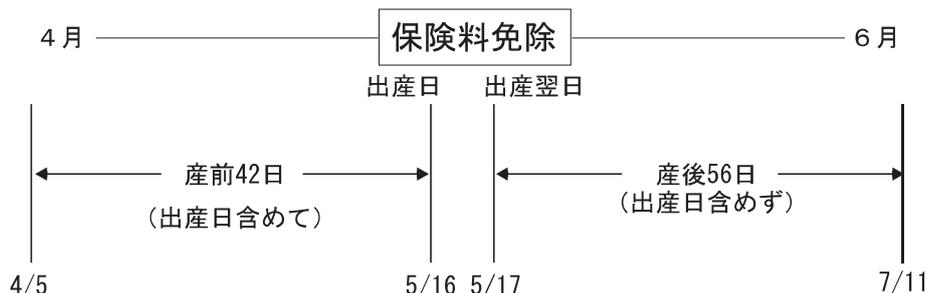
留意点

- ・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。

課長	係長	係員

健康保険産前産後休業取得者申出書

①健康保険被保険者の記号 950	②健康保険被保険者の番号 300	③被保険者の氏名 アイチ レノコ 連子	④被保険者の生年月日 昭平 020605
④出産予定年月日 令和9年04月11日	⑤出産種別 単胎 0 多胎 1	⑥産前産後休業開始年月日 令和9年09月27日	⑦産前産後休業終了予定年月日 令和9年09月05日
⑧出産年月日 令和9年04月11日	⑨産前産後休業期間 令和4年9月27日から 令和5年1月5日まで	備考	
⑩健康保険料免除予定期間 令和 年 月 分 ~ 令和 年 月 分			

保険証の記号を記入してください。

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4年10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番地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
--	-------------------	-------------------------	----------------------------

社会保険労務士の裏田代行者印

愛鉄健康保険組合 理事 殿

(令和4年10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。

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）出産の日が産後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

13 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

☆『育児休業の開始日から終了日以降1か月以内』に提出してください。

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。

☆育児休業の開始日

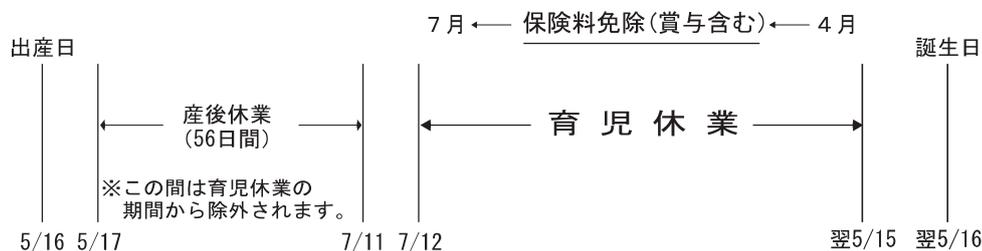
実際に養育を始めた日が育児休業の開始日となります。

なお、女性の被保険者で実子の場合は産後休業終了日の翌日が育児休業の開始日となります。

☆保険料の免除期間

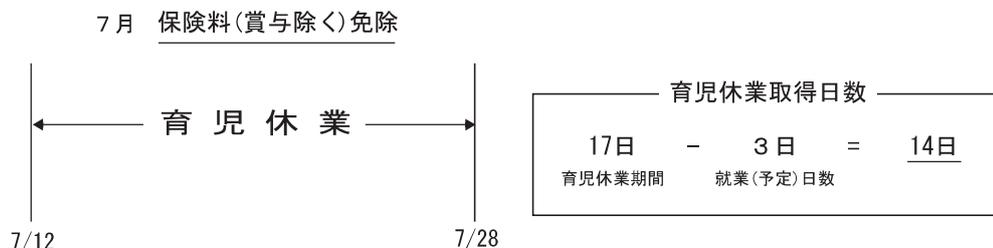
- ・育児休業を開始した日の属する月から、育児休業が終了する日(最長で養育する子が満3歳になるまで)の翌日が属する月の前月まで。

(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(賞与含む)は7月分から翌年4月分まで免除されます。

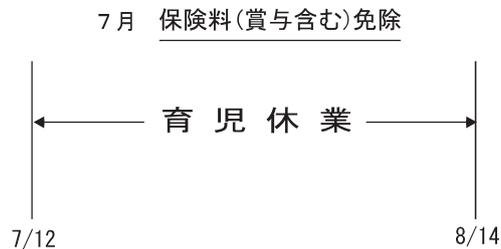


- ・育児休業期間が同一月中である場合は、その月の末日が育児休業等期間中である場合もしくは就業日数を除いた育児休業等の日数が14日以上であれば免除対象となります。

(例)被保険者が、7月12日から7月28日(17日間)の期間に育児休業し、期間中に3日間就業した場合、7月分の保険料(賞与分除く)が免除されます。



- ・標準賞与額にかかる保険料については1月を超える育児休業等の取得者に限り免除となります。
「1月を超える」とは暦日で判定し、土日等の休日や就業日数および一時的・臨時的な就労は除かないものとします。
- (例) 被保険者が、7月12日から8月14日までの期間に育児休業した場合、7月分の保険料(賞与分含む)が免除されます。



☆育児休業終了日を変更したとき

育児休業終了日より前に育児休業を終了した場合は、「育児休業取得者終了届」を事業主経由で当組合へ提出してください。また、終了予定日を延期する場合は、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。

☆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つては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。
- ・賞与の保険料が免除されている月においても、賞与等が支給された場合、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。
- ・産後パパ育休(出生時育児休業)を2回に分割して取得される場合は、2回分をまとめて申請していただくことができます。
- ・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。

保険証をなくしたり破損したとき

14 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、限度額適用認定証等の再交付の場合は、所定の用紙がありますので当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見つかった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てください。

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 再交付申請書

減失
き損

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	中村 太郎		生年月日	昭和 45 年 3 月 3 日 平成	
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 令和				
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
	氏名		続柄		氏名
	氏名		続柄		氏名
被保険者証を減失、き損した理由(詳しく)	引越のため荷物を整理していたときに紛失した。				
※この欄は減失したときに記入してください。	<p style="text-align: center;">誓 約 書</p> <p>届書に記載したとおり、被保険者証を減失しましたが、今後は十分取扱いに注意し、減失した被保険者証を発見したときにはただちに返納いたします。 なお、減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。</p> <p style="text-align: right;">被保険者の氏名 中村 太郎</p>				

再交付をする方すべての氏名・続柄を記入してください。

減失またはき損した理由を必ず記入してください。

減失の場合のみ記入してください。

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 4 年 10 月 1 日改)

事業所所在地、名称、事業主氏名を記入してください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、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

15 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。

☆フリガナのみ訂正される場合は、保険証の添付は不要です。

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。

健康保険 被扶養者 変更 (訂正) 届

氏名 生年月日

課長	係長	係員

被保険者の氏名を記入してください。

変更後の氏名および生年月日は必ず記入してください。

変更前の氏名または生年月日を記入してください。

① 被保険者証の記号と番号 950	② 被保険者の氏名 (フリガナ) アイチ テツロウ 愛知 鉄郎	④ 変更 (訂正) 前の被扶養者氏名・生年月日 アイチ ハナコ 愛知 花子
③ 変更 (訂正) 後の被扶養者氏名・生年月日 アイチ ハナコ 愛知 花子	④ 変更 (訂正) 前の被扶養者氏名・生年月日 氏名 愛知 華子	④ 変更 (訂正) 前の被扶養者氏名・生年月日 生年月日 昭和 平成 令和

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 太郎

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。

事業所所在地、名称、事業主氏名を記入してください。

愛鉄連健康保険組合理事殿

(令和4年10月1日 改)

各種証明願について

16 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」に必要な事項を記入し、当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・電話番号を記入のうえ、当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・電話番号を記入のうえ、当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・電話番号を記入のうえ、当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

		課長	係長	係員

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】

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 (令 年 月分)
- 療養の給付又は療養費
〔 〕

令和4年10月1日

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○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4年10月1日 改)

必要な証明書の種類を記入してください。

必要事項を記入してください。

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。

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。

希望する郵送先へ○を付けてください。

住所、氏名、連絡先を記入してください。

介護保険の適用除外に該当（不該当）したとき

17 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

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	81		
⑦ 被保険者の氏名 (氏)	中村	⑧ 一夫		③ 性別	④ 性別
				男	男
				女	女
				⑤ 生年月日	⑥ 生年月日
				451216	470115
				⑦ 対象者の氏名 (名)	⑧ 続柄
				中村 花子	妻
				⑨ 対象者の住所	⑩ 備考
				国内最後の住所等	被扶養者 アメリカへ転出
				⑪ 適用除外の事由	⑫ 入居施設の種類
				該当 不該当	入居施設の種類
				⑬ 国外居住者 身体障害者療養施設入居者 在留資格一年未満の外国人	⑭ 入居施設の所在地 電話
				①	〒
				②	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				③	社会保険労務士の提出代行者印
				④	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				⑤	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				⑥	受付日付印
				⑦	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				⑧	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				⑨	社会保険労務士の提出代行者印
				⑩	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				⑪	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				⑫	社会保険労務士の提出代行者印
				⑬	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				⑭	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				⑮	社会保険労務士の提出代行者印
				⑯	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				⑰	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				⑱	社会保険労務士の提出代行者印
				⑲	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				⑳	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				㉑	社会保険労務士の提出代行者印
				㉒	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				㉓	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				㉔	社会保険労務士の提出代行者印
				㉕	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				㉖	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				㉗	社会保険労務士の提出代行者印
				㉘	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				㉙	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				㉚	社会保険労務士の提出代行者印
				㉛	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				㉜	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				㉝	社会保険労務士の提出代行者印
				㉞	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				㉟	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				㊱	社会保険労務士の提出代行者印
				㊲	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				㊳	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				㊴	社会保険労務士の提出代行者印
				㊵	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				㊶	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				㊷	社会保険労務士の提出代行者印
				㊸	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				㊹	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				㊺	社会保険労務士の提出代行者印
				㊻	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				㊼	令和 4 年 10 月 5 日 提出
				㊽	社会保険労務士の提出代行者印
				㊾	愛鉄連健康保険組合理事長 殿
				㊿	令和 4 年 10 月 5 日 提出

被保険者氏名を記入してください。

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てください。

入所、入院（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。被保険者と同一場合は「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。

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。
〒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

◎添付書類（該当届の場合については必要となります）
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4年10月1日 改）

「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

18 被保険者区分変更届

「特定適用事業所(※)」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100人超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2か月超見込まれること
(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(※)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100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いての取り扱いとなり、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8.8万円を下回ること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2ヶ月超見込まれること

- ・雇用期間の定めがない場合
- ・雇用期間が2ヶ月超である場合
- ・雇用期間が2ヶ月以内で下記(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2ヶ月超雇用された実績がある場合。また、雇用契約時には2ヶ月超の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2ヶ月超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2ヶ月超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、2ヶ月超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2ヶ月超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てください。

健康保険 被保険者区分変更届

令和 4 年 10 月 5 日提出

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	代表取締役社長 愛鉄 連太郎
電話番号	(052) 461 - 6131

	課長	係長	係員

受付印

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	5.昭和 7.平成	3	3	3	3		
	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 2. 短時間労働者(3/4未滿)		⑦変更年月日	9.令和	0	4	1	0	2	0

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	5.昭和 7.平成				
	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未滿)		⑦変更年月日	9.令和				

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	5.昭和 7.平成				
	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未滿)		⑦変更年月日	9.令和				

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	5.昭和 7.平成				
	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未滿)		⑦変更年月日	9.令和				

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	5.昭和 7.平成				
	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未滿)		⑦変更年月日	9.令和				

(令和4年10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未滿)」を○で囲んでください。

事業主が変わったとき

19 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

事業主又は代表者の氏名 (フリガナ) アイテツ レンタロウ (氏) 愛鉄 連太郎 (名)	事業主又は代表者の住所 〒460-0008 名古屋市中区栄二丁目99番9号 〒460-0008 名古屋市中区栄五丁目88番8号 (名)
変更後	
変更前	
変更年月日	令和4年10月1日

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。

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

上記のとおり届け出します

受付日付印

令和4年10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

(令和4年10月1日 改)

変更後の事業主又は代表者の氏名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てください。

事業所の名称や所在地が変わったとき

20 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) 保険証は名称変更時のみ添付が必要です。

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。

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。

愛鉄連健康保険組合 事業所 名称 変更届

名称
所在地

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

〒 460 - 0008
 事業所所在地
 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。

事業所の名称	フリガナ	変更年月日	変更事由
愛鉄工業 株式会社	アイテツコウゴキョウ カブシキガイシャ	年 月 日 0 4 1 0 0 1	
事業所の郵便番号	フリガナ	備考	
4 5 3 - 0 8 0 4	ナゴヤシ ナカムラク コガネドリ	有限会社から株式会社へ変更 それに伴い、事業所移転	
事業所の所在地	名古屋市中村区黄金通1丁目18番地		

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

上記のとおり届け出します

令和 4 年 10 月 1 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

(令和 4 年 10 月 1 日 改)

◎ 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。
(名称変更時のみ)

変更のあった事項の
欄だけに記入して
ください。

変更後の所在地・名称等を記入してください。

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。（※1）
- ☆役員の場合は休業中の報酬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。（※1）
- ☆請求期間の直近の年金または障害手当金の振込通知書。（※2）
- ☆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。）（※3）
- ☆その他当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。

- （※1）在職中の期間を申請される方
- （※2）年金または障害手当金を受給中の方
- （※3）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方

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、給料が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、支給開始日から通算して1年6か月に達する日まで支給されます。
（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を除いた期間です）
- ☆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通算して1年6か月に達する日まで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。

☆給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。

※訂正するときは、二重線で抹消し、訂正してください。
修正液、修正ペン、修正テープは使用しないでください。

保険証の記号と番号を記入してください。

健康保険傷病手当金請求書 (第 1 回) 令和4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傷病の種類 機械工

⑤被保険者の氏名(請求者の氏名) 中村太郎 ⑥傷病名 腰痛症

⑦請求期間 4年10月1日から 4年10月20日まで

⑧請求期間中の症状、変容状況など(詳しく) 腰に強い痛みがあり、自宅で安静にしていた。

⑨上記期間中の出勤日数 4年10月1日(日曜日) 4年10月2日(月曜日) 午後10時頃

⑩仕事をした期間 4年10月1日(日曜日) 4年10月2日(月曜日) 午後10時頃

⑪収入の状況 収入が減少した

⑫収入の減少した理由 収入が減少した

⑬収入の減少した金額 804,200円

⑭収入の減少した期間 4年10月1日(日曜日) 4年10月2日(月曜日) 午後10時頃

⑮収入の減少した理由(そのほか) 収入が減少した

⑯収入の減少した金額(そのほか) 収入が減少した

⑰収入の減少した期間(そのほか) 収入が減少した

⑱収入の減少した理由(そのほか) 収入が減少した

⑲収入の減少した金額(そのほか) 収入が減少した

⑳収入の減少した期間(そのほか) 収入が減少した

㉑収入の減少した理由(そのほか) 収入が減少した

㉒収入の減少した金額(そのほか) 収入が減少した

㉓収入の減少した期間(そのほか) 収入が減少した

㉔収入の減少した理由(そのほか) 収入が減少した

㉕収入の減少した金額(そのほか) 収入が減少した

㉖収入の減少した期間(そのほか) 収入が減少した

㉗収入の減少した理由(そのほか) 収入が減少した

㉘収入の減少した金額(そのほか) 収入が減少した

㉙収入の減少した期間(そのほか) 収入が減少した

㉚収入の減少した理由(そのほか) 収入が減少した

㉛収入の減少した金額(そのほか) 収入が減少した

㉜収入の減少した期間(そのほか) 収入が減少した

㉝収入の減少した理由(そのほか) 収入が減少した

㉞収入の減少した金額(そのほか) 収入が減少した

㉟収入の減少した期間(そのほか) 収入が減少した

㊱収入の減少した理由(そのほか) 収入が減少した

㊲収入の減少した金額(そのほか) 収入が減少した

㊳収入の減少した期間(そのほか) 収入が減少した

㊴収入の減少した理由(そのほか) 収入が減少した

㊵収入の減少した金額(そのほか) 収入が減少した

㊶収入の減少した期間(そのほか) 収入が減少した

㊷収入の減少した理由(そのほか) 収入が減少した

㊸収入の減少した金額(そのほか) 収入が減少した

㊹収入の減少した期間(そのほか) 収入が減少した

㊺収入の減少した理由(そのほか) 収入が減少した

㊻収入の減少した金額(そのほか) 収入が減少した

㊼収入の減少した期間(そのほか) 収入が減少した

㊽収入の減少した理由(そのほか) 収入が減少した

㊾収入の減少した金額(そのほか) 収入が減少した

㊿収入の減少した期間(そのほか) 収入が減少した

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、金額のわかる振込通知書等の写しを添付してください。

被保険者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。

委任を希望される場合のみご記入ください。

被保険者の個人口座へ振込を希望する場合は、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。

同意の有無について該当する箇所を○で囲んでください。

各申請書に記載されている番号(空白であれば空白)を参考にしてください。

第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」等が必要ですが。

該当する箇所を○で囲んでください。

負債原因を詳しく記入してください。

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。

請求期間の賃金台帳・出勤簿の写しを添付してください。

月	日	出勤	有給	欠勤	公休	その他
4	10	10	0	0	0	0
4	10	20	0	0	0	0
4	10	30	0	0	0	0
4	10	40	0	0	0	0
4	10	50	0	0	0	0
4	10	60	0	0	0	0
4	10	70	0	0	0	0
4	10	80	0	0	0	0
4	10	90	0	0	0	0
4	10	100	0	0	0	0
4	10	110	0	0	0	0
4	10	120	0	0	0	0
4	10	130	0	0	0	0
4	10	140	0	0	0	0
4	10	150	0	0	0	0
4	10	160	0	0	0	0
4	10	170	0	0	0	0
4	10	180	0	0	0	0
4	10	190	0	0	0	0
4	10	200	0	0	0	0
4	10	210	0	0	0	0
4	10	220	0	0	0	0
4	10	230	0	0	0	0
4	10	240	0	0	0	0
4	10	250	0	0	0	0
4	10	260	0	0	0	0
4	10	270	0	0	0	0
4	10	280	0	0	0	0
4	10	290	0	0	0	0
4	10	300	0	0	0	0

①基本給 257,470円
②基本給×出勤日数 257,470円 × 12 = 3,089,640円
③住宅手当 10,000円 × 12 = 120,000円
④通勤手当 3,700円 × 12 = 44,400円
⑤残業手当 6,996円 × 12 = 83,952円
⑥総支給額 3,337,992円

⑦労務不能と認められた期間 4年10月1日 から 4年10月20日まで
⑧労務不能と認められた期間中の収入 155,000円 × 20日 = 3,100,000円
⑨労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

⑩労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

⑪労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

⑫労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

⑬労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

⑭労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

⑮労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

⑯労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

⑰労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

⑱労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

⑲労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

⑳労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉑労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉒労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉓労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉔労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉕労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉖労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉗労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉘労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉙労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉚労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉛労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉜労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉝労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉞労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㉟労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊱労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊲労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊳労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊴労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊵労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊶労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊷労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊸労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊹労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊺労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊻労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊼労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊽労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊾労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より少ない場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

㊿労務不能と認められた期間中の収入が総支給額より多い場合は、労務不能と認められた期間中の収入を総支給額とみなす。

該当する箇所を○で囲んでください。

欠勤控除がある場合は、その算式を記入してください。

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。

賃金の締切単位ごとに記入してください。

出勤・有給・欠勤の日数を記入してください。

療養のために仕事を休んだ期間を記入してください。

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。)

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。

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、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）

☆治療上必要な治療用装具を製作したとき

1. コルセット、サポーター、義足など
 - ・医師の証明書および領収書（原本）
2. 靴型の治療用装具
 - ・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）
 - ・医師の証明書および領収書（原本）
3. 治療用眼鏡
 - ・療養担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示等
 - ・患者の検査結果
 - ・領収書（原本）

* 上記以外の治療用装具の添付書類については、当組合にお問い合わせください。

☆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
（申請用紙に同意欄がありますので忘れずに署名してください。）

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。

☆領収書は対象者名および但し書きの記載が必要となります。

☆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。
- ・外国語で記載されている書類には必ず全て日本語訳をつけてください。
- ・領収明細書と領収書の金額が同額であることが確認できるようにしてください。(番号付けでの関連付け等)
- ・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

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、当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。

（注）療養費の対象となるのは、申請受付時に対象者が9歳未満である必要があります。

☆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。

☆給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。

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	4年11月2日	
傷病の経過	令和4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	4年11月20日 4年11月20日 1日間	
治療用装具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、腰をかかめた時に激痛が走った。		負傷等したとき	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	氏名	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	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
<input type="checkbox"/> マイナンバー等事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>					
フリガナ	普通	店番	口座名義人氏名 (被保険者)		
私渡し希望銀行の口座	当座	口座番号	フリガナ	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。

各申請書に記載されている番号(空白であれば空白)をご参照ください。

被保険者の個人口座へ振込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。

同意欄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。

被扶養者の申請をする場合に記入してください。

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。
4年12月1日 被保険者(申請者) 氏名 中村 太一

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
住所 愛鉄工業 株式会社
氏名 代表取締役社長 愛鉄 連太郎

上記のとおり申請します。 4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

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られ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られ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場合は「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4年10月1日 改)

※記入誤りがある場合は、二重線で抹消し、訂正してください。修正液、修正ペン、修正テープは使用しないでください。

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ことがあります）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。

☆給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。

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 260千円以下	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、当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。

☆オンライン資格確認を導入した医療機関・薬局では、保険証や保険証の利用登録をしたマイナンバーカードを提示することで、原則、限度額適用認定証の提示がなくても限度額以上の医療費の支払いが不要になります。

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	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 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一丁目18番地	TEL (052) 461 - 6131	
適用対象者 (被保険者の場合は記入の必要はありません。)	適用対象者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	被保険者との続柄			
	適用対象者住所・連絡先	〒 -	TEL ()	-
申請代行者 (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。)	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 ()			
療養予定期間 (※1)	令和 4 年 11 月 ~ 令和 5 年 5 月			
希望郵送先 (希望郵送先へ○を付けてください)	事業所	<input checked="" type="radio"/> 被保険者	適用対象者	申請代行者 (※2)
令和 4 年 11 月 5 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。				

◎有効期限後または資格を喪失した場合はすみやかに返却してください。

- (※1) 限度額適用認定証が適用されるのは、申請を受付けた月の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。
 - (※2) 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)
- 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				
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4年10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。

☆給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。

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50万円（*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50万円（*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50万円（*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48万8千円。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48万8千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50万円（*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。

☆給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。

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50万円(*)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	5年 10月 6日		生産・死産の別	生産・死産		
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <u>あ</u> る					
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	5年 10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 63年 5月 5日	
6か月以内の時必ず記入してください	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	名古屋市中村区黄金通6	平成17年 4月 1日	記号・番号	保険者名(例:愛鉄連健保)
		TEL	052-461-6135	令和5年 7月 31日	800 3	全国健康保険協会(愛知支部)
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>						
フリガナ		普通	店番	口座名義人氏名(被保険者)		
払渡し希望銀行の口座		当座	口座番号	フリガナ		
	銀行(信用金庫)	本支店(支店)	貯蓄	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込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。

各申請書に記載されている番号(空白であれば空白)をご参照ください。

上記のとおり請求します。 ※訂正する場合は、二重線で訂正してください。

〒 453 - 0804
5年10月20日 被保険者(請求者)住所 名古屋市中村区黄金通2-18

中村太郎

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・氏名等を記入してください。

【注】 出産費用が50万円(*)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48万8千円となります。

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。 5年 10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	愛鉄工業 株式会社
住所	名古屋市中区栄2丁目10番19号
氏名	愛鉄 連太郎

(令和5年4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、二重線で抹消し、訂正してください。修正液、修正ペン、修正テープは使用しないでください。

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	4年10月7日		生産・死産の別	生産・死産	
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 ()				
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。	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	名古屋市中村区黄金通6	平成17年4月1日	記号・番号	800 3
	TEL	052-461-6135	令和4年7月31日	保険者名(例:愛鉄連健康)	全国健康保険協会(愛知支部)
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
フリガナ	口座名義人氏名(被保険者)	普通	店番	フリガナ	
当座	口座番号	貯蓄		氏名	
各申請書に記載されている番号(空白であれば空白)をご参照ください。	銀行の口座	銀行	本店		

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込を希望する場合に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。

被保険者住所・氏名等を記入してください。

※訂正する場合は、二重線で訂正してください。
上記のとおり請求します。 〒 453 - 0804
4年10月30日 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

【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。)

委任を希望される場合のみご記入ください。

備考欄	本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 4年10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 名古屋市中区栄2丁目10番19号 氏名 愛鉄 連太郎
-----	---

医師、助産師または市区町村長の証明を受けてください。

医師、助産師または市区町村長の証明を受けてください。	出産した年月日	4年10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。 4年10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				

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、二重線で抹消し、訂正してください。
修正液、修正ペン、修正テープは使用しないでください。

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、被扶養者でない親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、その埋葬を親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、通勤途上のもの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。
- ☆給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。

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。

各申請書に記載されている番号(空白であれば空白)をご参照ください。

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。

健康保険 埋葬料(費)請求書

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	中村 吾市		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 平成 令和	被保険者との続柄
死亡年月日	4年 10月 3日	埋葬年月日	4年 10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	
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
フリガナ		普通	店番	口座名義人氏名(被保険者)	
フリガナ		当座	口座番号	フリガナ	
氏名		銀行	貯蓄	氏名	
金額の受領を受け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。 被保険者(請求者) 氏名 中村 花子 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 住 所 愛鉄 連太郎 氏 名				
上記のとおり請求します。(被保険者が死亡したとき) 請求者と死亡した被保険者の続柄 4年 10月 20日 愛鉄連健康保険組合理事長 殿 〒453-0804 被保険者(請求者)住所 名古屋市中区栄黄金通一丁目18番地 被保険者(請求者)氏名 中村 花子					
<input type="checkbox"/> 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。 <small>(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。</small>					
備考欄					
事業主が証明するところ	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 4年 10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。 4年 10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10番19号 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 TEL (052) 461 - 6131				
<small>(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方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。</small>					

◎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。◎訂正する場合は、二重線で訂正してください。

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込を希望する場を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。

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。

※記入誤りがある場合は、二重線で抹消し、訂正してください。修正液、修正ペン、修正テープは使用しないでください。