

手続講習 第3回

令和8年2月8日

健康保険の手続きを学ぼう

太田 恵美

本日の講習

主な内容

- 健康保険の主な給付について
- 出産・育児休業について

健康保険の主な給付

健康保険給付の種類

給付の種類	どんなときに
療養費	就職直後で保険証がない等、やむを得ず全額自己負担で受診したときや、治療上の必要からコルセット等の治療用装具を装着したときなど
高額療養費	被保険者本人・被扶養者とも単独または、世帯合算で1ヵ月の窓口負担額が自己負担限度額を超えたとき
傷病手当金	被保険者が療養のために会社を休み、事業主から給料を受けられないとき
出産手当金	被保険者が出産のため会社を休み、事業主から給料を受けられないとき
出産育児一時金	被保険者（被扶養者）が出産したとき
埋葬料（費）	被保険者（被扶養者）が亡くなったとき

傷病手当金

被保険者が病気やケガで仕事を休み、その間の給与を受けられないときに支給される給付金

- 1 業務外の事由による病気やケガの療養のための休業であること
- 2 仕事に就くことができないこと
- 3 連続する3日間を含み4日以上仕事に就けなかったこと
- 4 休業した期間について給与の支払いがないこと

条件をすべて満たすと
休んだ日に対して4日
目から支給される！

「待期3日間」の考え方

連続3日の休みがポイント



医師の労務不能の診断があれば、待期期間については、有給休暇や公休日も含みます。

待期3日間の考え方は会社を休んだ日が連続して3日間なければ成立しません。
連続して2日間会社を休んだ後、3日目に仕事を行った場合には、「待期3日間」は成立しません。

1日あたりの支給金額

$$\text{支給総額} = \text{直近1年間の標準報酬月額平均額の30分の1} \times \text{3分の2} \times \text{支給日数}$$

傷病手当金の1日あたり支給額例

①傷病手当金の支給開始日：令和7年12月1日

②標準報酬月額

令和7年1月～令和7年6月 16万

令和7年7月～令和7年12月 18万

③②の額を平均した額

$(16万 \times 6 + 18万 \times 6) \div 12 = 17万$

④③の額の30分の1に相当する額

$17万 \div 30 \approx 5,670円$

※10円未満四捨五入

⑤傷病手当金の1日あたりの支給額

$5,670円 \times \text{3分の2} = 3,780円$

※1円未満四捨五入

支給開始日 **令和07年12月1日** ←待期間の3日間は除く

平均標準報酬月額	標準報酬計	支給開始日以前12か月（傷病手当金の計算のもとになるのは、支給開始日以前12か月の各月の標準報酬月額）											
170,000	2,040,000	令和7年12月	令和7年11月	令和7年10月	令和7年9月	令和7年8月	令和7年7月	令和7年6月	令和7年5月	令和7年4月	令和7年3月	令和7年2月	令和7年1月
		180,000	180,000	180,000	180,000	180,000	180,000	160,000	160,000	160,000	160,000	160,000	160,000

★総支給額の算出

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{1日単価} \\ \hline 3,780 \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \text{支給日数} \\ \hline \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{支給額} \\ \hline 0 \\ \hline \end{array}$$

※支給額については、参考値として伝えましょう！

例：通勤手当 2 万円/月が減額されない場合

支給開始日 **令和07年12月1日** ←待期間の3日間は除く

平均標準報酬月額	標準報酬計	支給開始日以前12か月（傷病手当金の計算のもとになるのは、支給開始日以前12か月の各月の標準報酬月額）											
170,000	2,040,000	令和7年12月	令和7年11月	令和7年10月	令和7年9月	令和7年8月	令和7年7月	令和7年6月	令和7年5月	令和7年4月	令和7年3月	令和7年2月	令和7年1月
		180,000	180,000	180,000	180,000	180,000	180,000	160,000	160,000	160,000	160,000	160,000	160,000

★調整額の算出

手当	÷	暦日	=	手当日額	※1円未満切上げ
20,000		31		645	

↑ 欠勤控除しない手当がある場合入力 例：通勤手当、住宅手当、役職手当等

★調整後の1日あたりの傷病手当金の算出

原則の支給日額	-	手当日額	=	調整後の支給日額
3,780		645		3,135

★総支給額の算出

1日単価	×	支給日数	=	支給額
3,135				0

1日あたりの支給金額の例外

支給開始日以前の期間が12か月に満たない場合

支給開始日の属する月以前の各月の標準報酬月額
の平均

または

前年度9月30日における全被保険者の
標準報酬月額の平均（※）

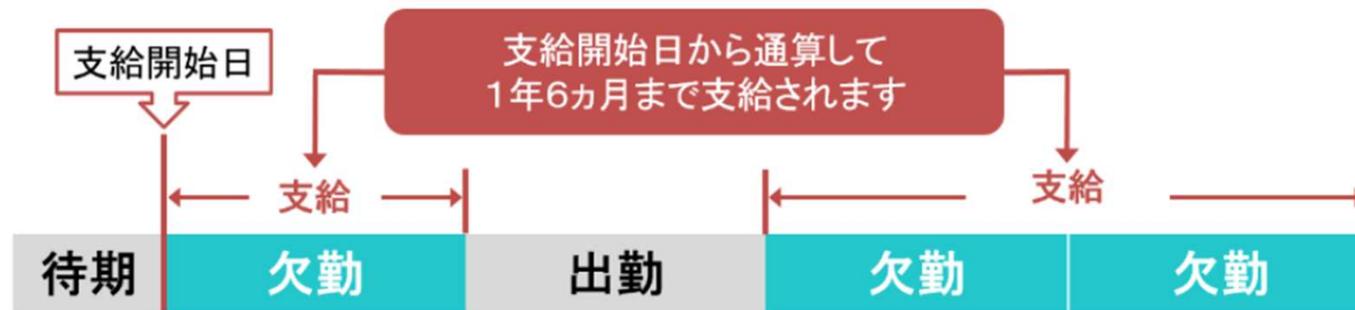
いずれか低い方を使って計算する

30万円（※）：支給開始日が令和7年3月31日以前の方

32万円（※）：支給開始日が令和7年4月1日以降の方

※支給開始日以前の12か月以内で事業所に変更があった場合や、定年再雇用等で資格情報のお知らせ等に記載されている番号に変更があった場合、健康保険加入状況等申告書という書類を添付する必要があるので注意！

支給期間



↑出勤して受給しない期間があれば、その分は繰り越される

支給日数は、暦日で計算します！

具体例

- 支給開始日が令和7年12月1日の場合
 - ⇒ 1年6か月後：令和9年5月31日
 - ⇒ 暦日数は547日

この日数が傷病手当金の総支給可能日数となる。

具体例

- 支給開始日が令和7年12月1日の場合
 - ⇒1年6か月後：令和9年5月31日
 - ⇒暦日数は547日

Q. 途中、令和9年5月1日から5月31日は出勤できたとする。
この場合の、支給満了日は？

⇒令和9年7月1日

※働いた期間があれば、その分、満了日を後ろにずらす

問① 計算してみよう

- 令和6年11月1日支給開始
- 標準報酬月額
 - 令和5年12月～令和6年8月まで28万
 - 令和6年9月～令和6年11月まで32万
- 支給日数12日の場合

問① 答え

支給開始日 **令和06年11月1日** ←待期間の3日間は除く

平均標準報酬月額	標準報酬計	支給開始日以前12か月（傷病手当金の計算のもとになるのは、支給開始日以前12か月の各月の標準報酬月額）											
290,000	3,480,000	2024年11月	2024年10月	2024年9月	2024年8月	2024年7月	2024年6月	2024年5月	2024年4月	2024年3月	2024年2月	2024年1月	2023年12月
		320,000	320,000	320,000	280,000								

★標準報酬日額の算出

標準報酬月額 290000	÷	固定値 30	=	概算 9666.66667	≒	標準報酬日額 9,670	※10円未満四捨五入
------------------	---	-----------	---	------------------	---	-----------------	------------

↑端数処理せず

★1日あたりの傷病手当金の算出

標準報酬日額 9,670	×	固定値 2/3	=	概算 6446.66667	≒	支給日額 6,447	※1円未満四捨五入
-----------------	---	------------	---	------------------	---	---------------	-----------

★調整額の算出

手当	÷	暦日 30	=	手当日額 0
----	---	----------	---	-----------

↑欠勤控除しない手当がある場合入力 例：通勤手当、住宅手当、役職手当等

★調整後の1日あたりの傷病手当金の算出

原則の支給日額 6,447	-	手当日額 0	=	調整後の支給日額 6,447
------------------	---	-----------	---	-------------------

★総支給額の算出

1日単価 6,447	×	支給日数 12	=	支給額 77,364
---------------	---	------------	---	---------------

問② 計算してみよう

- 令和6年11月1日支給開始
- 標準報酬月額
 - 令和5年12月～令和6年8月まで28万
 - 令和6年9月～令和6年11月まで32万
- 支給日数12日の場合
- 通勤手当1万円/月が減額されない場合

問② 答え

支給開始日 **令和06年11月1日** ←待期間の3日間は除く

平均標準報酬月額	標準報酬計	支給開始日以前12か月（傷病手当金の計算のもとになるのは、支給開始日以前12か月間の各月の標準報酬月額）											
290,000	3,480,000	2024年11月	2024年10月	2024年9月	2024年8月	2024年7月	2024年6月	2024年5月	2024年4月	2024年3月	2024年2月	2024年1月	2023年12月
		320,000	320,000	320,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000

★標準報酬日額の算出

標準報酬月額 290000	÷	固定値 30	=	概算 9666.666667	≒	標準報酬日額 9,670	※10円未満四捨五入
------------------	---	-----------	---	-------------------	---	-----------------	------------

↑端数処理せず

★1日あたりの傷病手当金の算出

標準報酬日額 9,670	×	固定値 2/3	=	概算 6446.666667	≒	支給日額 6,447	※1円未満四捨五入
-----------------	---	------------	---	-------------------	---	---------------	-----------

★調整額の算出

手当 10,000	÷	暦日 30	=	手当日額 333
--------------	---	----------	---	-------------

↑欠勤控除しない手当がある場合入力 例：通勤手当、住宅手当、役職手当等

★調整後の1日あたりの傷病手当金の算出

原則の支給日額 6,447	-	手当日額 333	=	調整後の支給日額 6,114
------------------	---	-------------	---	-------------------

★総支給額の算出

1日単価 6,114	×	支給日数 12	=	支給額 73,364
---------------	---	------------	---	---------------

Check

傷病手当金の金額が調整されるケース

以下の場合は、傷病手当金の金額が調整されます。

- ① 給与・手当が支給されている場合
- ② 傷病手当金と同じ傷病等で障害厚生年金または障害手当金が受けられる場合
- ③ 退職後に老齢退職年金が受けられる場合
- ④ 労災保険から休業補償給付を受けているときに、業務外の病気やケガで仕事に就けなくなった場合
- ⑤ 出産手当金の支給を受けている場合

①～⑤の給付等の1日あたりの金額が
傷病手当金の1日あたりの金額より低い場合

①～⑤の給付等の
1日あたりの金額 < 傷病手当金の
1日あたりの金額

1日あたりの金額の差額を計算して、
傷病手当金が支給されます。

傷病手当金の1日あたりの金額より高い場合

①～⑤の給付等の
1日あたりの金額 > 傷病手当金の
1日あたりの金額

その期間の傷病手当金は支給されません。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用



被保険者が病気やケガのため仕事に就くことができず、給与を受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。
なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

記号・番号 (マイナンバー)	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
			1. 昭和 2. 平成 3. 令和
氏名 (カタカナ)	氏名のお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。		
氏名	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字(〃)、半濁点(〃)は1字としてご記入ください。		
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめ/ハイフン除く)		
住所	都 道	府 県	

資格情報のお知らせ等に記載されている
記号・番号を記入
※マイナンバーは記号番号がわかる場合
記入不要

公金受取口座の 利用について	<input type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、 以下の振込先情報のご記入は不要です。
公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。		
金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名 本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 支店 支所
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)

口座は本人名義の口座 例外として預貯
金口座がない、何らかの事情で口座が使
えないなどの場合は、事前に協会けんぽ
に相談

※うち、銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
※うち、銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。	
MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/> 1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)
添付書類	職歴 <input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備 年金 <input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備 労災 <input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備 戸籍 (法定代理) <input type="checkbox"/> 1. 添付 口座証明 <input type="checkbox"/> 1. 添付 その他 <input type="checkbox"/> 1. その他 (理由) 枚数 <input type="text"/>
6 0 1 1 1 1 0 3	受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名

① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで
② 被保険者の仕事の内容 (退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)	
③ 傷病名	<input type="checkbox"/> 療養担当者記入欄(4ページ)に記載されている傷病による申請である場合は、左記に〇を記入してください。 別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。
④ 発病・負傷年月日	1.平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 2.令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
⑤-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事中以外(業務外)での傷病 2. 仕事中(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病 } → ⑤-2へ
⑤-2 労働災害・通勤災害の認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. 請求中(労働基準監督署) 3. 未請求
⑥ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ 「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

記入漏れに注意

経理担当事務、自動車組立、プログラマーなど具体的に記入

傷病の原因が第三者行為(交通事故やケンカ等)による場合は、「第三者行為災害による傷病届」を添付

①-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → ①-2へ 2. いいえ
①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、受けたい報酬は事業主説明欄に記載されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ → 事業主へご連絡のうえ、正しい証明を受けてください。
②-1 障害年金、障害手当金について 今別傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。【同一の傷病で障害年金等を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します】	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合 →
②-2 老齢年金等について ※就業等による健康保険資格の喪失後の期間について、障害年金等を受給する場合は記入してください。 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。【公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します】	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合 →
②-3 ②-1または②-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。	基礎年金番号 〇〇〇〇〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 年金コード 〇〇〇〇〇〇 支給開始年月日 1.平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 2.令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 年金額 〇〇〇〇〇〇〇〇 (円(百づめ))
③ 今回、傷病手当金を申請する期間において、別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. 請求中(労働基準監督署) 3. いいえ 「1. はい」の場合 → 「2. 請求中」の場合 →

「事業主記入用」は3ページ目に綴ります。▶▶▶

※出勤した日がない場合は、年月のみ記入

勤務状況		2 ページの申請期間のうち出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。															
令和	07 年 12 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

※出勤した日があれば、○で囲む

勤務状況		2 ページの申請期間のうち出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。															
令和	07 年 12 月	①	②	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

健康保険 傷病手当金 支給申請書

労務に服することができなかった期間(申請期間)の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ)																										
<small>姓と名の間は1マスずつでご記入ください。欄点(・)は半欄点(◦)は1字としてご記入ください。 勤務状況 2ページの申請期間のうち出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。</small>																										
令和		年		月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15						
						16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
令和		年		月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15						
						16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
令和		年		月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15						
						16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
<small>2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【○】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。 ※有給休暇の場合の賞金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、家事・住居等関係支給しているもの等</small>																										
例	0	5	年	0	2	月	0	1	日	0	5	年	0	2	月	2	8	日	3	0	0	0	0	0	円	
①			年			月			日			年			月			日								円
②			年			月			日			年			月			日								円
③			年			月			日			年			月			日								円
④			年			月			日			年			月			日								円
⑤			年			月			日			年			月			日								円
⑥			年			月			日			年			月			日								円
⑦			年			月			日			年			月			日								円
⑧			年			月			日			年			月			日								円
⑨			年			月			日			年			月			日								円
⑩			年			月			日			年			月			日								円
上記のとおり相違ないことを証明します。																										
事業所所在地 令和 年 月 日																										
事業所名称																										
事業主氏名																										
電話番号																										

6 0 1 3 1 1 0 3

「療養担当者記入用」は4ページ目に続きます。▶▶▶

申請期間が3ヶ月を超える場合は複数作成する

複数作成の場合、事業所所在地や証明日などの記入漏れに注意。すべてに記入すること。

証明日は申請期間経過後の日付を記入

例：12月5日から12月8日 有給休暇（10,000円/日）
 12月1日から12月31日の1か月分の通勤手当を満額支給

勤務状況 2ページの申請期間のうち出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

令和	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="7"/>	年	<input type="text" value="12"/>	▼	月	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="10"/>	<input type="text" value="11"/>	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="13"/>	<input type="text" value="14"/>	<input type="text" value="15"/>	<input type="text" value="16"/>	<input type="text" value="17"/>	<input type="text" value="18"/>	<input type="text" value="19"/>	<input type="text" value="20"/>	<input type="text" value="21"/>	<input type="text" value="22"/>	<input type="text" value="23"/>	<input type="text" value="24"/>	<input type="text" value="25"/>	<input type="text" value="26"/>	<input type="text" value="27"/>	<input type="text" value="28"/>	<input type="text" value="29"/>	<input type="text" value="30"/>	<input type="text" value="31"/>
令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	▼	月	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="10"/>	<input type="text" value="11"/>	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="13"/>	<input type="text" value="14"/>	<input type="text" value="15"/>	<input type="text" value="16"/>	<input type="text" value="17"/>	<input type="text" value="18"/>	<input type="text" value="19"/>	<input type="text" value="20"/>	<input type="text" value="21"/>	<input type="text" value="22"/>	<input type="text" value="23"/>	<input type="text" value="24"/>	<input type="text" value="25"/>	<input type="text" value="26"/>	<input type="text" value="27"/>	<input type="text" value="28"/>	<input type="text" value="29"/>	<input type="text" value="30"/>	<input type="text" value="31"/>
令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	▼	月	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="10"/>	<input type="text" value="11"/>	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="13"/>	<input type="text" value="14"/>	<input type="text" value="15"/>	<input type="text" value="16"/>	<input type="text" value="17"/>	<input type="text" value="18"/>	<input type="text" value="19"/>	<input type="text" value="20"/>	<input type="text" value="21"/>	<input type="text" value="22"/>	<input type="text" value="23"/>	<input type="text" value="24"/>	<input type="text" value="25"/>	<input type="text" value="26"/>	<input type="text" value="27"/>	<input type="text" value="28"/>	<input type="text" value="29"/>	<input type="text" value="30"/>	<input type="text" value="31"/>

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【○】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
 ※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等現物支給しているもの等

例	令和	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="5"/>	年	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="2"/>	月	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	日	から	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="5"/>	年	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="2"/>	月	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="8"/>	日	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="0"/>	円				
①	令和	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="7"/>	年	<input type="text" value="12"/>	▼	月	<input type="text" value="05"/>	▼	日	から	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="7"/>	年	<input type="text" value="12"/>	▼	月	<input type="text" value="08"/>	▼	日	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	円	
②	令和	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="7"/>	年	<input type="text" value="12"/>	▼	月	<input type="text" value="01"/>	▼	日	から	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="7"/>	年	<input type="text" value="12"/>	▼	月	<input type="text" value="31"/>	▼	日	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	円	

患者氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

15 労務不能と認められた期間 (傷病等での就業の再開に要することがない見込みをいいます。) 06 11 14

16 傷病名 (労務不能と認められた期間を記入してください) 鎖骨骨折 発症日 (療養の始付の開始日) 2 1. 平成 06 11 13 2. 令和

発病または負傷の原因 自宅の庭で梯子から落下して受傷

発病または負傷の日付 2 1. 平成 06 11 13 2. 令和

17 労務不能と認められた期間に影響した日がありましたか。 1 1. はい 2. いいえ

鎖骨バンドで鎖骨を固定した。骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要なため、労務不能と判断した。

上記のとおり相違ないことを証明します。 07 01 06

医療機関の所在地 東京都品川区△△1-1

医療機関の名称 ○○総合病院

医師の氏名 保険 五郎

電話番号 03-XXXX-XXXX

療養担当者記入用の4枚目については、すべて、療養担当者に記入してもらうこと

証明日は、⑮の労務不能と認められた期間以降の日付であること
この場合、令和6年12月31日以降

6 0 1 4 1 1 0 3

資格喪失後の支給

以下を満たせば資格喪失後も支給されます。

- ①退職日までに、1年以上継続して健康保険の被保険者であること
- ②退職日の前日までに待期期間が完成しており、退職日も休んでいること
- ③資格喪失後も継続して同一の傷病で働けないこと
 - ※喪失後は、断続しての支給はできない
 - ※失業保険を受けていないこと

雇用保険の失業給付：労働の意思・能力を有することが要件

⑩ すぐに働くことができない方は…65歳未満で退職された場合は【受給期間延長】

退職後1年の基本手当の受給期間内に、下記の理由で働くことができない状態が30日以上続いた場合は、受給期間を延長することができます。

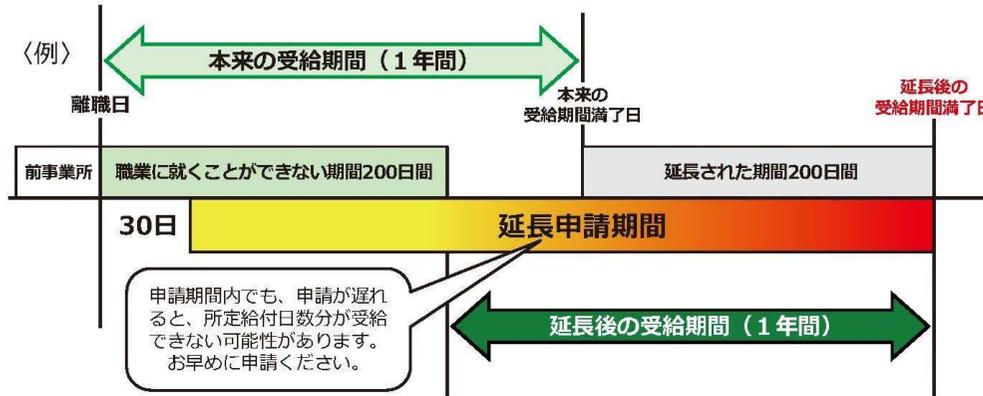
また、教育訓練給付の受講を希望している方については、訓練を受けられる期間を延長することもできます。

- ① 病気やけがで働くことができない（健康保険の傷病手当、労災保険の休業補償を受給中の場合を含む）
- ② 妊娠・出産・育児（3歳未満に限る）などにより働くことができない（不妊治療を含む）
- ③ 親族の介護のため働くことができない
- ④ 60歳以上の定年等により離職して、しばらくの間休養する（船員であった方は年齢要件が異なります）

★ 高年齢被保険者であった方に支給される高年齢求職者給付金、短期特例被保険者であった方に支給される特例一時金については、受給期限（支給を受けることができる期限）の延長はできません。

受給期間延長の申請手続き

延長理由	病気やけが、妊娠、出産、親族の介護 など	60歳以上の定年 など
申請期間	離職日の翌日（働くことができなくなった日）から30日過ぎてから、受給資格に係る離職日の翌日から4年を経過するまでの間（延長後の受給期間が4年に満たない場合は当該期間の最後の日までの間）※1※2	離職の日の翌日から2か月 ※原則として、この期間を過ぎた申請は承認できないため、申請を検討中の方はご注意ください
延長期間	（本来の受給期間） 1年 + （働くことができない期間） 最長3年間	（本来の受給期間） 1年 + （休養したい期間） 最長1年間
提出書類	受給期間延長等申請書、離職票 - 2※3 延長理由を証明する書類	
提出方法	本人来所、郵送、代理の方（委任状が必要）	原則として本人来所
提出先	住所を管轄するハローワーク（受給資格決定より後は、当該受給資格決定を行ったハローワーク）	



離職されたみなさまへ抜粋

①退職日までに、1年以上継続して健康保険の被保険者であること

- 保険者が違って**OK!**（協会けんぽ、健保組合）
- **※**任意継続、国民健康保険、被扶養者期間は含まず
- 1日でも空白があったら**NG!**

②退職日の前日までに待期期間が完成しており、退職日も休んでいること

○【支給されるケース】

出勤	休み	休み	待機完成 休み	退職日 休み
----	----	----	------------	-----------

出勤	休み	休み	待機完成 休み	出勤	退職日 休み
----	----	----	------------	----	-----------

✕【支給されないケース】

出勤	休み	休み	待機完成 休み	退職日 出勤
----	----	----	------------	-----------

出勤	休み	休み	待機完成 休み	休み	退職日 出勤
----	----	----	------------	----	-----------

退職日の出勤はNG

問③ 申請書を作成してみよう

傷病手当金支給申請書

- ❑ 被保険者：協会次郎（キョウカイジロウ）
- ❑ 生年月日：平成7年3月12日
- ❑ 記号：21700023 番号：21
- ❑ 郵便番号：330-0063
- ❑ 住所：埼玉県さいたま市浦和区高砂1-1-1
- ❑ 電話番号：048-826-4864
- ❑ 本人名義口座：社労士銀行 社労士支店 口座番号1234567
- ❑ 申請期間：令和7年11月14日から令和7年12月31日
- ❑ 被保険者の仕事内容：営業事務
- ❑ 傷病名：療養担当者記入欄による傷病による申請
- ❑ 発症・負傷年月日：令和7年11月13日
- ❑ 傷病の原因：仕事以外の傷病
- ❑ 第三者行為災害：該当しない
- ❑ 申請期間に報酬を受けていない
- ❑ 同一傷病で、障害年金又は障害手当金を受給していない
- ❑ 退職後の申請ではない
- ❑ 別傷病での労災保険休業補償給付は受給していない
- ❑ 申請期間に出勤していない
- ❑ 11月の通勤手当10,000円/月とリーダー手当5,000円/月は減額されない
- ❑ 事業主所在地：埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2
- ❑ 事業所名称：株式会社けんぼ
- ❑ 事業主氏名：健保三郎
- ❑ 電話番号：048-826-4866

問③ 答え

1 2 3 4 ページ

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用 傷

被保険者が病気やケガのため仕事に就くことができず、給与が受けられない場合の生活保障として、給付金を受けられる場合にご使用ください。
 なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。 この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者証	記号 (左づめ) <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	番号 (右づめ) <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/>	生年月日 年 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/> 月 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> 日 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
氏名 (カタカナ)	<input type="text" value="キヨウカイシロウ"/>		
氏名	<input type="text" value="協会 次郎"/>		※申請書がお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がおなくなりになっている場合は、 ご記入よりご申請ください。
郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="3"/>	電話番号 (左づめ/ハイフン除く)	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="4"/>
住所	〒 <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="7"/> 市 <input type="text" value="浦"/> 区 <input type="text" value="高砂"/> 1-1-1		

金融機関名称	社労士 (銀行) (金融) (信託) (郵便) (協賛) (その他)	支店名	社労士 (本店) (支店) (代理店) (出張所) (本支店兼用) (本所) (支所)
預金種別	<input type="text" value="1"/> 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>

※ゆうちょ銀行の口座へお金の込みを希望される場合、支店名は3桁の識別番号、口座番号は保証専用の口座番号(17桁)をご記入ください。
 ※ゆうちょ銀行口座番号(8桁+番号)ではお記入できません。

2ページ目に続きます。 >>>

被保険者の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
 (記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
 提出代行名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN課題 (被保険者) <input type="checkbox"/> 1.記入 (課税あり) <input type="checkbox"/> 2.記入 (課税なし) <input type="checkbox"/> 3.記入 (課税あり)	職階 <input type="checkbox"/> 1.専任 <input type="checkbox"/> 2.非常	年金 <input type="checkbox"/> 1.厚生 <input type="checkbox"/> 2.平年	男児 <input type="checkbox"/> 1.専任 <input type="checkbox"/> 2.非常	受付日付印 (2022.10)
添付書類 戸籍 (法定代理) <input type="checkbox"/> 1.添付	口座証明 <input type="checkbox"/> 1.添付	その他 <input type="checkbox"/> 1.添付	枚数 <input type="text" value=""/>	

全国健康保険協会
 協会けんぽ

1/4

高額療養費制度

➤ 1か月（1日から月末まで）にかかった医療費が自己負担限度額を超えた場合に超えた額が払戻される制度

✓ 月単位で申請が必要

例えば、1月10日から2月10日まで診療を受けた場合、1月10日～1月31日と2月1日～2月10日までで自己負担額をそれぞれ分けて申請。

✓ 審査完了までに3か月以上かかる

あらかじめマイナ保険証や限度額適用認定証を利用して、医療機関窓口での支払いを自己負担限度額までとする方法もある

✓ 差額ベッド代などの保険外負担や入院時の食事負担額等は対象外

窓口支払をあらかじめ自己負担限度額までにする方法

▶ マイナ保険証の利用

オンライン資格確認を導入している医療機関で、限度額情報の表示に同意する

▶ 限度額適用認定証の利用

事前に協会けんぽに申請し交付を受ける必要がある

発行までの目安は1週間程度

有効期限は、申請月の初日から1年間

注) 同月に入院や外来など複数の受診がある場合は高額療養費制度の申請が必要となることがある

高額療養費：70歳未満の方

所得区分	自己負担限度額	多数該当※2
①区分ア (標準報酬月額83万円以上の方) (報酬月額81万円以上の方)	$252,600円 + (総医療費※1 - 842,000円) \times 1\%$	140,100円
②区分イ (標準報酬月額53万～79万円の方) (報酬月額51万5千円以上～81万円未満の方)	$167,400円 + (総医療費 - 558,000円) \times 1\%$	93,000円
③区分ウ (標準報酬月額28万～50万円の方) (報酬月額27万円以上～51万5千円未満の方)	$80,100円 + (総医療費 - 267,000円) \times 1\%$	44,400円
④区分エ (標準報酬月額26万円以下の方) (報酬月額27万円未満の方)	57,600円	44,400円
⑤区分オ (低所得者) (被保険者が市区町村民税の非課税者等)	35,400円	24,600円

※1 総医療費とは保険適用される診察費用の総額（10割）

高額療養費：70歳以上75歳未満の方

被保険者の所得区分		自己負担限度額	
		外来 (個人ごと)	外来・入院 (世帯)
①現役並み 所得者	現役並みⅢ (標準報酬月額83万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	252,600円+ (総医療費-842,000円) ×1% [多数該当：140,100円]	
	現役並みⅡ (標準報酬月額53万～79万円で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	167,400円+ (総医療費-558,000円) ×1% [多数該当：93,000円]	
	現役並みⅠ (標準報酬月額28万～50万円で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	80,100円+ (総医療費-267,000円) ×1% [多数該当：44,400円]	
②一般所得者 (①および③以外の方)		18,000円 (年間上限14.4万円)	57,600円 [多数該当：44,400円]
③低所得者	Ⅱ (※3)	8,000円	24,600円
	Ⅰ (※4)		15,000円

※1 総医療費とは保険適用される診察費用の総額 (10割)

計算してみよう

Q. 30歳会社員 標準報酬月額28万円 1か月にかった医療費100万円 窓口負担3割で30万円を支払った

70歳未満 区分ウ

③ 区分ウ (標準報酬月額28万~50万円の方) (報酬月額27万円以上~51万5千円未満の方)	$80,100円 + (総医療費 \times 1 - 267,000円) \times 1\%$	44,400円
--	---	---------

マイナ保険証など
を利用すればあ
らかじめ自己負担額
となる

自己負担限度額： $80,100円 + (100万 - 267,000円) \times 1\% = 87,430円$

$100万 - 267,000円 = 733,000円$
 $733,000円 \times 1\% = 7,330円$
 $80,100円 + 7,330円 = 87,430円$

払い戻される額： $300,000円 - 87,430円 = 212,570円$

問④ 計算してみよう

Q. 50歳会社員

標準報酬月額 47万円

窓口負担 3割で 15万円を支払った

1か月にかけた医療費 50万円

※自己負担 $15万 / 3 \times 10 = 50万$

自己負担限度額と還付額は？

問④ 答え

70歳未満 区分ウ

③ 区分ウ (標準報酬月額28万～50万円の方) (報酬月額27万円以上～51万5千円未満の方)	80,100円 + (総医療費※1 - 267,000円) × 1%	44,400円
--	------------------------------------	---------

自己負担限度額：80,100円 + (500,000円 - 267,000円) × 1% = 82,430円

100万 - 267,000円 = 733,000円

733,000円 × 1% = 7,330円

80,100円 + 7,330円 = 87,430円

払い戻される額：150,000 - 82,430円 = 67,570円

世帯合算

同じ月に同一世帯で医療費を合算できる

➤ 70歳未満：次の計算方法で、自己負担額が21,000円以上のもの

① 1か月単位で計算

② 受診者ごとに計算

③ 医療機関ごとに計算

医科歯科ごと

入院通院ごと

外来と「院外処方」は合算して計算

➤ 70～74歳の方はすべての医療費を合算できる

問⑤ 払戻額を算出しよう

被保険者38歳
所得区分ウ
A病院 入院
自己負担 3割60,000円

被扶養者35歳
B病院 通院
自己負担 3割36,000円

問⑤ 答え

被保険者38歳
所得区分ウ
A病院 入院
自己負担3割60,000円

被扶養者35歳
B病院 通院
自己負担3割36,000円

自己負担総額 = 60,000円 + 36,000円 = 96,000円

※自己負担額21,000円以上のもの

総医療費 = 96,000円 / 3 × 10 = 320,000円

自己負担限度額

80,100円 + (320,000 - 267,000) × 1% = 80,630円

96,000円 - 80,630円 = 15,370円

問⑥ 払戻額を算出しよう

被扶養者35歳
所得区分ウ
B病院 入院
自己負担 3割72,000円

被扶養者71歳
C病院 通院
自己負担 2割8,000円

被扶養者71歳
C病院 通院
自己負担 2割6,000円

問⑥ 答え

被保険者38歳 所得区分ウ

被扶養者35歳
所得区分ウ
B病院 入院
自己負担 3割72,000円

被扶養者71歳
C病院 通院
自己負担 2割8,000円

被扶養者71歳
C病院 通院
自己負担 2割6,000円

自己負担総額 = 72,000円 + 8,000円 + 6,000円 = 86,000円

※自己負担額21,000円以上のも。ただし70歳～74歳はすべて合算対象

総医療費 = 72,000円 / 3 × 10 = 240,000円

14,000円 / 2 × 10 = 70,000円

自己負担限度額

80,100円 + (310,000円 - 267,000円) × 1% = 80,530円

86,000円 - 80,530円 = 5,470円

健康保険 限度額適用認定 申請書



入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご利用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

記号・番号 (マイナンバー)	2170002321	生年月日	1 1 61 01 22
氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ	氏名 (漢字)	協会 太郎
郵便番号 (ハイフン除く)	1050000	電話番号 (左づめハイフン除く)	090XXXXXXX
住所	東京 港区〇〇 1-1△△マンション101		
氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ	生年月日	1 1 61 01 22
郵便番号 (ハイフン除く)	1020000	電話番号 (左づめハイフン除く)	090
住所	東京 千代田区△△ 1-1		
宛名	株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課 〇〇△△		
氏名	被保険者との関係	申請代行理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が途中で外出できないため
備考			
社会保険労務士の提出代行者名記入欄			
以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。			
MN追認 (被保険者)	協会使用欄は記入不要です。		
2 3 0 1 1 1 0 3	その他	枚数	

資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号を記入
※マイナンバーは記号番号がわかる場合記入不要

会社へ送付するなど、自宅以外へ送付する場合に記入

氏名：社労士名
被保険者との関係：社会保険労務士
電話番号：連絡先
申請代行理由：顧問先からの依頼

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

1 2 ページ



医療機関に支払った1ヶ月分の自己負担額が高額になり、自己負担額を超えた額の払い戻しを受ける場合に使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

1 2

記号・番号 21700023 21 1 6101 22

3 4

個人番号 (マイナンバー)

氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号 (ハイフン除く) 1050000 電話番号 (左づめ/ハイフン除く) 090XXXXXXX

住所 東京 港区 1-1 △△マンション101

資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号を記入
 ※マイナンバーは記号番号がわかる場合記入不要

5 6

公金受取口座の利用について 1.希望する 2.希望しない

金融機関名称 ○○○○ 支店名 ○○○○

預金種別 1 普通預金 口座番号 (左づめ) 1234567

※公金受取口座へお振込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
 ※公金受取口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

印字確認 (協会の印) 1.記入済 (印付あり) 2.記入済 (印付なし) 3.記入済 (印付なし)

支払書類 所得証明 1.提出 2.不備 (協会の印) (協会の印) (協会の印)

協会使用欄は記入不要です。

6 4 1 1 2 1 0 3

その他 1.その他 (理由)

枚数

被保険者氏名 **協会 太郎**

医療機関等 7 別のあった診療報酬明細書(レセプト)により確認できた、不申請の支給(合算)対象となる診療月の自己負担額を全て合算して、支給額を算出します。

8 診療年月 令和 **06** 年 **01** 月 → 高額療養費は月単位でご申請ください。左記年月に診療を受けたものについて、下記項目をご記入ください。

8 受診者氏名	協会 太郎	協会 太郎	協会 花子
1 受診者氏名	協会 太郎	協会 太郎	協会 花子
2 1. 期別 2. 平年 3. 平年	1	1	1
3 生年月日	61年01月22日	61年01月22日	62年02月20日
4 医療機関(初診)の名称	〇〇病院	△△薬局	□□病院
5 医療機関(再診)の所在地	東京都新宿区四ツ谷〇〇	東京都新宿区四ツ谷△△	東京都新宿区□□
6 1. 病名 2. クラ	1	1	1
7 診療を受けた日	01日から01日	01日から01日	21日から21日
8 支払額(右ツの)	60000円	3300円	35000円

月単位で、P 1、P 2とも作成する

受診者ごとに、医療機関、薬局別に記入。4か所以上になる場合は、続紙としてP 2を作成すればOK

診療年月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、診療年月以外の直近3か月分の診療年月を記入
 ※医療機関を受診した月以前1年間(12か月)に、同一世帯で3か月以上の高額療養費の支給を受けた場合、4か月目から自己負担限度額が軽減される

9 診療年月以外(前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、○診療年月以外の直近3か月分の診療年月をご記入ください。)

1 令和 05 年 05 月 2 令和 05 年 08 月 3 令和 05 年 11 月

10 非課税号 別居扶養(非課税)である者、自己負担限度額の所得区分(低所得)となる場合(記入の手引き参照)には、左記に○を入れてください。ただし、非課税であっても、「低所得」にならない場合(記入の手引き参照)は、□は不要です。

11 被保険者氏名 協会太郎

12 被保険者氏名 協会太郎

64122103

問⑦ 申請書を作成してみよう

高額療養費支給申請書

- 被保険者：協会次郎（キョウカイジロウ）
- 生年月日：平成7年3月12日
- 記号：21700023 番号：21
- 郵便番号：330-0063
- 住所：埼玉県さいたま市浦和区高砂1-1-1
- 電話番号：048-826-4864
- 本人名義口座：社労士銀行 社労士支店 口座番号1234567
- 受診者：協会風花
- 入院先：医療法人けんぽ会けんぽ総合病院
埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2
- 支払額：267,000円（うち差額ベッド代55,000、食事療養費6,500円）
- けんぽ総合病院住所：入院期間：令和7年12月1日から令和7年12月15日
- 入院理由：病気
- 診療年月以前1年間に高額療養費に該当する月はなし
- 非課税等には該当しない

問
7

答え

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 **高額療養費 支給申請書** 1 2 ページ **高**

※前付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

医療機関に支払った1か月分の自己負担額が高額になり、自己負担額を超えた額の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者証	記号 (左づめ) 2 1 7 0 0 0 2 3	番号 (左づめ) 2 1	生年月日 0 7 年 0 3 月 1 2 日
氏名 (カタカナ)	キヨウカイ シロウ		
氏名	協会 次郎		
郵便番号 (ハイフン除く)	3 3 0 0 0 6 3	電話番号 (左づめハイフン除く)	0 4 8 8 2 6 4 8 6 4
住所	埼玉県 埼玉県さいたま市浦和区高砂1-1-1		

金融機関名称	社労士	支店名	社労士
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7

2ページ目に続きます。 >>>

※印字された欄は、上記申請書と同一名称の欄をご確認ください。

※印字された欄は、本人確認書類等の添付が必要となります。

社会保険労務士の提出代行名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN控票 (被保険者)	<input type="checkbox"/> 記入 (07/19)	<input type="checkbox"/> 記入 (07/19)	<input type="checkbox"/> 記入 (07/19)
添付書類	所得証明 <input type="checkbox"/> 記入 / <input type="checkbox"/> 不附	戸籍 (法定代理) <input type="checkbox"/> 記入 / <input type="checkbox"/> 不附	口座証明 <input type="checkbox"/> 記入 / <input type="checkbox"/> 不附
6 4 1 1 1 1 0 1		その他 <input type="checkbox"/> 記入 / <input type="checkbox"/> 不附	枚数 <input type="text" value=""/>

(2022.10) **1 / 2**

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 **高額療養費 支給申請書** 1 2 ページ

※前付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

協会 次郎

医療機関等から届いた診療報酬明細書(レセプト)により確認できた、本市議の支助(合算)対象となる診療費の自己負担額を全て合算して、支助額を算出します。

診療年月	0 7 年 1 2 月	高額療養費は月単位でご申請ください。 左記年月に診療を受けたものについて、下記項目をご記入ください。	
受診者氏名	協会 花		
受診者生年月日	0 4 年 1 0 月 2 0 日		
医療機関(薬局)の名称	医療法人けんば会けんば総合病院		
医療機関(薬局)の所在地	埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2		
医師・ケガの別			
診療を受けた期間	0 1 日 から 1 5 日		
支払額 (右づめ)	2 0 5 5 0 0 円		

○診療年月: 以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、○診療年月: 以外の最近3か月分の診療年月をご記入ください。

○診療年月: 1 年 2 月 3 月

○非課税等 被保険者が非課税である等、自己負担限度額の所得区分が「低所得」となる場合(記入の手引き参照)には、左記に○を入れてください。

○計算時期: にごされた方は、高額療養費算出のため、マイナンバーを利用して9ヶ月間合算を行いますので、以下に当てはまる計算期間をご記入ください。
 計算期間が1月～7月の場合: 前年1月1日現在の被保険者の住民票住所の郵便番号
 計算期間が8月～12月の場合: 本年1月1日現在の被保険者の住民票住所の郵便番号
 詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者氏名 (ハイフン除く)

○再確認しない マイナンバーを利用した特約合算を希望しない場合は、左記に○を入れてください。
希望しない場合には、非課税証明書類等の必要な証明書類を添付してください。

6 4 1 2 1 1 0 1 **2 / 2**

療養費

◆やむを得ない事情で、保険医療機関で保険診療を受けることが
できず、自費で受診したときなど特別な場合には療養費が支給
される

例えば

- 事業主が資格取得届の手続き中のため、保険診療が受けられなかったとき（立替）・・・①
- 療養のため、医師の指示により義手・義足・義眼・コルセットを装着したとき（治療用装具）・・・②
- 海外旅行中や海外赴任中に急な病気やけがなどによりやむを得ず現地の医療機関で診療等を受けた場合

①と②で、申請書式が異なるので注意

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払)



医療機関窓口で医療費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

記号・番号 2170002321	生年月日 1 61 年 01 月 22 日
個人番号 マイナンバー	記号・番号をご記入 (印字) された場合は個人番号 (マイナンバー) のご記入は必要ありません。(記入 (印字) された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)
氏名 キョウカイ タロウ	氏名 協会 太郎
郵便番号 1050000	電話番号 090XXXXXX
住所 東京 港区 1-1 △△マンション101	
公金受取口座の 利用について	1.希望する 2.希望しない
金融機関名称 〇〇〇〇	支店名 〇〇〇〇
預金種別 1 普通預金	口座番号 1234567

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字です。口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (保険証書)	1.記入済 (添付あり) 2.記入済 (添付なし) 3.記入済 (添付あり)	領収書	1.添付 2.不備	診療費用	負担割合
近付書類	1.添付 2.不備 3.添付あり	診療明細 (シマボト)	1.添付 2.不備 3.添付あり	申請内容	申請理由
申請内容	1.コルセット等 2.補聴器(両耳) 3.補聴器(片耳) 4.聴覚検査 5.聴覚検査	申請理由	1.コルセット等 2.補聴器(両耳) 3.補聴器(片耳) 4.聴覚検査 5.聴覚検査	申請理由	1.コルセット等 2.補聴器(両耳) 3.補聴器(片耳) 4.聴覚検査 5.聴覚検査

協会使用欄は記入不要です。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用器具)



コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

記号・番号 2170002321	生年月日 1 61 年 01 月 22 日
個人番号 マイナンバー	記号・番号をご記入 (印字) された場合は個人番号 (マイナンバー) のご記入は必要ありません。(記入 (印字) された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)
氏名 キョウカイ タロウ	氏名 協会 太郎
郵便番号 1050000	電話番号 090XXXXXX
住所 東京 港区 1-1 △△マンション101	
公金受取口座の 利用について	1.希望する 2.希望しない
金融機関名称 〇〇〇〇	支店名 〇〇〇〇
預金種別 1 普通預金	口座番号 1234567

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字です。口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (保険証書)	1.記入済 (添付あり) 2.記入済 (添付なし) 3.記入済 (添付あり)	領収書	1.添付 2.不備	購入金額
近付書類	1.添付 2.不備 3.添付あり	診療明細 (シマボト)	1.添付 2.不備 3.添付あり	申請内容
申請内容	1.コルセット等 2.補聴器(両耳) 3.補聴器(片耳) 4.聴覚検査 5.聴覚検査	申請理由	1.コルセット等 2.補聴器(両耳) 3.補聴器(片耳) 4.聴覚検査 5.聴覚検査	申請理由

協会使用欄は記入不要です。

被保険者氏名 協会 太郎

①-1 受給者	2	1. 姓(姓順) 2. 姓(姓順)
①-2 受給者の氏名 (漢字)	7	キョウカイ シロウ
①-3 受給者の生年月日	2	1. 年 18 2. 月 10 3. 日 26
② 傷病名	8	左足首ねん挫 2 06 04 02
③-1 傷病の原因	1	1. 仕事以外(通勤)での事故 2. 仕事(通勤)上での事故 3. 通勤中の事故
③-2 労務管理、調整 等を受けている	9	
④ 傷病の原因は第三者 の行為(交通事故)による ものであるかどうか	2	
⑤-1 診療を受けた 医療機関の名称		〇〇総合病院
⑤-2 診療を受けた 医療機関の所在地		東京都〇〇区〇〇
⑤-3 診療した医師等 の氏名		〇〇 〇〇
⑥ 診療を受けた 診療日	10	06 04 02 06 04 06
⑦ 診療に要した 料(円)	11	9600
⑧ 診療の内容		診察のうえ、湿布薬を処方された。
⑨ 療養費申請 理由	12	1

6 6 1 2 2 1 0 3

被保険者氏名 協会 太郎

①-1 受給者	1	1. 姓(姓順) 2. 姓(姓順)
①-2 受給者の氏名 (漢字)	7	キョウカイ タロウ
①-3 受給者の生年月日	1	1. 年 61 2. 月 01 3. 日 22
② 傷病名	8	右膝関節靭帯損傷 2 06 07 11
③-1 傷病の原因	1	1. 仕事以外(通勤)での事故 2. 仕事(通勤)上での事故 3. 通勤中の事故
③-2 労務管理、調整 等を受けている	9	
④ 傷病の原因は第三者 の行為(交通事故)による ものであるかどうか	2	
⑤-1 診療を受けた 医療機関の名称		〇〇総合病院
⑤-2 診療を受けた 医療機関の所在地		東京都〇〇区〇〇
⑤-3 診療した医師等 の氏名		〇〇 〇〇
⑥ 診療を受けた 診療日	10	06 07 12
⑦ 診療に要した 料(円)	11	06 07 12 25000
⑧ 診療の内容	12	06 07 12
⑨ 療養費申請 理由	5	

6 6 1 2 2 2 0 3

被保険者氏名 協会 太郎

①-1 受診者	2	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
①-2 受診者の氏名 (カタカナ)	7	キョウカイ シロウ
①-3 受診者の生年月日	2	1. 昭和 18 年 10 月 26 日 2. 平成 3. 令和
② 傷病名		左足首ねん挫
③ 傷病の原因	1	1. 仕事中心(労働)での傷病 2. 仕事(業務)での傷病 3. 通勤途中での傷病 ④-2へ
④-1 別項災害、通勤 認定を受けてい	9	1. はい 2. 請求中 3. 未請求
④-2 傷病の原因は第三者の 行為(交通事故やケンカ 等)によるものですか。	2	1. はい 2. いいえ <small>「1. はい」の場合、別項「第三者行為による傷病名」をご提出ください。</small>
⑤-1 診療を受けた 医療機関等の名称		〇〇総合病院
⑤-2 診療を受けた 医療機関等の所在地		東京都〇〇区〇〇
⑤-3 診療した医師等 の氏名		〇〇〇〇
⑦ 診療を受けた	10	令和 06 年 04 月 02 日 から 令和 06 年 04 月 06 日
⑧ 療養に費した の額(円)	11	9600
⑨ 診療の内訳		診療のうえ、湿布薬を処方された。
⑩ 療養費申請の	12	1

受診者が被保険者なら1、被扶養者なら2

発症又は負傷年月日が不明の場合：令和6年4月頃に発症又は負傷⇒060400
令和6年ころに発症又は負傷した場合⇒060000

自費で診療を受けた期間もしくは入院時に支払った食事療養費の期間のはじめと終わりの日

領収書に記載されている金額

理由を選択

6 6 1 2 2 1 0 3

被保険者氏名 **協会 太郎**

①-1 装具作製対象者	1 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
①-2 装具作製対象 氏名(カタカナ)	7 キョウカイ タロウ
①-3 生年月日	1 昭和 61 年 01 月 22 日
② 傷病名	8 2 平成 06 年 07 月 11 日 右膝関節靭帯損傷
④-1 傷病の原因	1 1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病 } → ④-2へ
④-2 分類記号、通称 認定を受けている	9 <input type="checkbox"/> 1. はい 2. 業務中 3. 未請求
⑤ 傷病の原因は第三者の 行為(交通事故やワンパ 等)によるものですか。	2 1. はい 2. いいえ
⑥-1 診療を受けた 医療機関等の名称	〇〇総合病院
⑥-2 診療を受けた 医療機関等の所在地	東京都〇〇区〇〇
⑥-3 診療した医師等 の氏名	〇〇 〇〇
⑦ 装具等の装着 (医師による装着)	10 令和 06 年 07 月 12 日
⑧ 装具等購入日 および金額	11 令和 06 年 07 月 12 日 25000 円(各づつ)
⑨ 装具等装着日 (詳細日)	12 令和 06 年 07 月 12 日
⑩ 診療の内容	治療装具の装着
⑪ 療養費申請の理由	5 5. 治療用装具を作製するため

受診者が被保険者なら1、被扶養者なら2

発症又は負傷年月日が不明の場合：
令和6年4月頃に発症又は負傷⇒060400
令和6年ころに発症又は負傷した場合⇒060000

治療用装具等の装着について指示を受けた日

領収書に記載されている日付と金額

治療用装具を装着した日
※「弾性着衣」および「小児弱視等にかかる眼鏡等」の場合は、記入不要

6 6 1 2 2 2 0 3

添付書類ご参考 一部抜粋

<p>■ マイナ保険証、資格確認書等を医療機関等に提示できず、医療費を自費で支払ったとき(立替払)(※2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療内容を記載した証明書 診療明細書 ● 領収書(領収明細書) 診療に要した費用を証明した領収書
<p>■ 国民健康保険など他の保険者の資格で医療機関等を受診したため、医療費の返還を行ったとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療報酬明細書 医療費を返還した保険者(国民健康保険等)から交付を受けた診療報酬明細書(封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください。) ● 領収書 医療費を返還した保険者(国民健康保険等)から交付された領収書

<p>■ 治療用装具を購入、装着したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 装具の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名(押印でも可)・オーダーメイドまたは既製品の別(既製品の場合は製品名・メーカー名)が記載された領収書 ● 医師が記入・証明した「治療用装具製作指示装着証明書」(※3) ● 靴型装具の場合、療養費の支給申請を行う靴型装具の現物写真
<p>■ 弾性着衣等を購入したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 弾性着衣等の名称、種類および単価・購入枚数が記載された領収書 ● 医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」(※3)
<p>■ 小児弱視等の治療用眼鏡やコンタクトレンズを購入したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 眼鏡等の名称、種類等の費用額が記載された領収書 ● 医師の「眼鏡等作成指示書」のコピー ● 「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果のコピー

埋葬料

◆本人や家族がなくなった場合に支給されるもの

- ▶ 埋葬料・・・亡くなった被保険者により生計を維持されて、埋葬を行う人に「埋葬料」として5万円
- ▶ 埋葬費・・・埋葬料を受けられる人がいない場合、実際に埋葬を行った人に、埋葬料（5万円）の範囲内で実際に埋葬に要した費用が「埋葬費」として支給される
- ▶ 家族埋葬料・・・被扶養者が亡くなったとき、被保険者に「家族埋葬料」として5万円が支給される。

※生計を維持されていた人とは、被保険者によって生計の全部又は一部を維持されている人であって、民法上の親族や遺族であることは問われない。また、被保険者が世帯主であるか、同一世帯であるかも問われない。

※実際に埋葬に要した費用とは、霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼等が対象となる

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

1 2 ページ

被保険者・専業主記入用

被保険者氏名 **協会 太郎**

①-1 死亡者区分 **2** 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) → ①-2では「1. 埋葬料」もしくは「2. 埋葬費」をご選択ください。 ①-2では「3. 家族埋葬料」をご選択ください。

①-2 申請区分 **7** **3** 1. 埋葬料(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者による申請) 2. 埋葬費(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者以外による申請) 3. 家族埋葬料(家族(被扶養者)の死亡かつ、被保険者による申請)

②-1 死亡した方の氏名(カタカナ) **キョウカイ ハナコ**

②-2 死亡した方の生年月日 **1** 昭和 **27** 年 **03** 月 **09** 日

②-3 死亡年月日 令和 **06** 年 **04** 月 **01** 日

②-4 続柄(身分関係) **母親**

③-1 死亡の原因 **1** 1. 仕事中以外(業務外)での傷病 2. 仕事中(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病 → ③-2へ

③-2 別居災害、または他を挙げ **8** 1. はい 2. 特非中 3. 未請求

④ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やアソカ等)によるものですか。 **2** 1. はい 2. いいえ

⑤ 同一の死亡について、健康保険組合や国民健康保険等から埋葬料(費)を捻出していますか。 **2** 1. 適用した 2. 適用していない

⑨-1 埋葬した年月日 令和 年 月 日

⑨-2 埋葬に要した費用の額 円

⑩ 死亡した方の氏名(カタカナ) **キョウカイ ハナコ**

死亡年月日 令和 **06** 年 **04** 月 **01** 日

事業所所在地 **東京都千代田区△△1-1** 令和 **06** 年 **04** 月 **05** 日

事業所名称 **〇〇株式会社**

事業主氏名 **健保 三郎**

原簿番号 **03-XXXX-XXXX**

6 3 1 2 2 1 0 3

死亡者が被保険者なら1、被扶養者なら2

7 **3** 1. 埋葬料(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者による申請) 2. 埋葬費(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者以外による申請) 3. 家族埋葬料(家族(被扶養者)の死亡かつ、被保険者による申請)

埋葬費の請求の場合記入 領収書、埋葬に要した費用の明細書を添付

被保険者がなくなり扶養者が申請する場合、被扶養者が亡くなり被保険者が申請する場合は、事業主の証明を受ければ添付書類不要。証明を受けられない場合は、死亡診断書のコピーなどを添付

問⑧ 申請書を作成してみよう

埋葬料支給申請書

- ❑ 被保険者：協会太郎（キョウカイジロウ）
- ❑ 生年月日：昭和40年9月5日
- ❑ 記号：21700023 番号：10
- ❑ 郵便番号：103-0021
- ❑ 住所：東京都中央区日本橋本石町3-2-12
- ❑ 電話番号：03-6225-4864
- ❑ 本人名義口座：社労士銀行 社労士支店 口座番号1234567
- ❑ 死亡者：協会保子（キョウカイヤスコ）
- ❑ 被保険者との続柄：母（被扶養者）
- ❑ 死亡者生年月日：昭和15年8月7日
- ❑ 死亡日：令和7年12月10日
- ❑ 死亡原因：私傷病、第三者行為ではない
- ❑ 同一の死亡で他の健保組合などから埋葬料を受給していない

問
8

答え

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書 1 2 ページ 被保険者記入用

加入者がお亡くなりになり、埋葬料(費)を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者証	記号(左づめ) 2 1 7 0 0 0 2 3	番号(左づめ) 1 0	生年月日 2 年 4 0 月 05 日
氏名 (カタカナ)	キヨウカイ タロウ		
氏名	協会 太郎		
郵便番号 (ハイフン除く)	1 0 3 0 0 2 1	電話番号 (左づめハイフン除く)	0 3 6 2 2 5 4 8 6 4
住所	東京 中央区日本橋本石町3-2-12		

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
金融機関名称	社労士	支店名	社労士
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、口座名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

被保険者・事業主記入用は2ページに記載します。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/> 1.記入有 (添付あり) 2.記入有 (添付なし) 3.記入無 (添付あり)			
添付書類	死亡 証明書	<input type="checkbox"/> 1.添付 2.不備	生計維持 確認書類	<input type="checkbox"/> 1.添付 2.不備
	領収書 内訳書	<input type="checkbox"/> 1.添付 2.不備	埋葬費用	<input type="text" value=""/>
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1.添付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1.添付

受付日付印

6 3 1 1 1 1 0 1 その他 1.その他 (理由) 枚数

(2022.10)

全国健康保険協会 協会けんぽ 1 / 2

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書 1 2 ページ 被保険者・事業主記入用

被保険者氏名 協会 太郎

①-1 死亡者区分	2	1.被保険者 2.家族(被扶養者)	①-2では「1.埋葬料」もしくは「2.埋葬費」をご選択ください。 ①-2では「3.家族埋葬料」をご選択ください。
①-2 申請区分	3	1.埋葬料(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者による申請) 2.埋葬費(被保険者の死亡かつ、生計維持関係者以外による申請) 3.家族埋葬料(家族(被扶養者)の死亡かつ、被保険者による申請)	
②-1 死亡した方の氏名 (カタカナ)	キヨウカイ ヤスコ		
②-2 死亡した方の生年月日	1 年 1 5 月 0 8 日	1 5 年 0 8 月 0 7 日	
②-3 死亡年月日	令和 0 7 年 1 2 月 1 0 日		
②-4 続柄(身分関係)	母	「被保険者が死亡した場合は、被保険者と申請者の身分関係をご記入ください。 「家族が死亡した場合は、被保険者との続柄をご記入ください。」	
③-1 死亡の原因	1	1.仕事(以外(業務外))での傷病 2.仕事(業務上)での傷病 3.通勤途中での傷病 } → ③-2へ	
③-2 労働災害、通勤災害の 認定を受けていますか。	1.はい 2.請求中 3.未請求		
④ 傷病の原因は第三者の 行為(交通事故やケンカ 等)によるものですか。	2	1.はい 2.いいえ 「1.はい」の場合、別途「第三者行為による傷病欄」をご提出ください。	
⑤ 同一の死亡について、健 康保険組合や国民健康 保険等から埋葬料(費) を受給していますか。	2	1.受給した 2.受給していない	
「①-2申請区分」が「2.埋葬費」の場合のみご記入ください。 ※埋葬費の場合は、別途埋葬に要した費用の領収書と明細書も添付してください。			
⑥-1 埋葬した年月日	令和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日		
⑥-2 埋葬に要した費用の額	<input type="text" value=""/> 円		

死亡した方の氏名 (カタカナ)			
死亡年月日	令和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日		
上記のとおり相違ないことを証明します。			
事業所所在地	令和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日		
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号			

6 3 1 2 1 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ 2 / 2

出産・育児関係の手続き

【STEP 0】妊娠判明～産休前（準備）

[妊娠判明]

- ① 本人 → 会社へ報告
- ② 本人 → 会社へ「産前産後休業届」を提出

※任意。産前産後休業開始日の確認

・手続きなど

住民税／通勤定期の取扱い確認

普通徴収へ切替なら、「特別徴収にかかる給与所得者異動届出書」を各市区町村へ提出

産前・産後休業届

殿

【申出日】 年 月 日

【申出者】
氏 名 印

出産予定日	年 月 日
産前休業期間	年 月 日から出産日当日まで
産後休業期間	出産日翌日から 年 月 日まで
※産後休業期間は出産日が基準となるため、産後速やかに会社まで連絡すること。	

参考

記載例 (退職、休職等で、未徴収税額を個人で納付するとき)

給与支払報告 特別徴収に係る給与所得者異動届出書

○異動があった場合は、翌月の10日までに必ず提出してください。

(宛先) 川越市長		〒350-0062 川越市元町1-3-1		特別徴収義務者指定番号 97-029076	
令和7年8月1日提出		フリガナ カブシキガイシャ カワゴエ		宛名番号 3	
フリガナ スズキ イチロウ		氏名又は名称 株式会社 かわごえ		所属 経理課 給与係	
氏名 鈴木 一郎 (旧姓)		個人番号又は法人番号 1111111111111111		担当者氏名 山田 花子	
生年月日 昭和41年4月5日		特別徴収税額 (年税額) (ア) 120,000		連絡先電話 (049) 224-8811	
個人番号 9999999999999999		(イ) 徴収済額 (ウ) 未徴収税額 (ア)-(イ) 100,000		内線 ()	
受給番号 123456		異動年月日 令和7年7月31日		異動の事由 1. 退職	
1月1日現在の住所 川越市大手町11-6		異動後の住所 志木市本町1-1-1		異動後の未徴収税額の徴収方法 3	

特別徴収義務者指定番号	法人番号	所在地	フリガナ	氏名又は

1. 異動が令和7年12月31日までで、一括徴収の申出があったため。	徴収予定月日	徴収予定額 (上記(ウ)と同額)	左記の一括徴収した税額は、
2. 異動が令和8年1月1日以降で、特別徴収の継続の申出がないため。	月 日	円	月分(翌月10日納入期限分)で
			納入します。

1. 異動が令和7年12月31日までで、一括徴収の申出がないため。	※市町村記入欄
2. 令和8年5月31日までに支払われるべき給与又は退職手当等の額が未徴収税額(ウ)以下であるため。	
3. 死亡による退職であるため。	

異動届出書を市役所へ提出される日を記入してください。

異動された納税者名等を記入してください。婚姻等で姓が変更の場合は旧姓欄に記入してください。

異動された方の新住所を記入してください。

税額通知書でお知らせした指定番号、宛名番号を記入してください。

記載内容について確認させていただき場合の連絡先を記入してください。

未徴収税額を個人が納付する場合は「3」と記入し、下の「普通徴収の場合」欄を記入してください。

該当する異動の事由の番号を記入してください。

特別徴収税額通知書に記載された個人の合計年税額を記入してください。

徴収していただいた月と月割額の合計額を記入してください。

特別徴収税額(年税額)から徴収済額を差し引いた残額を記入してください。

普通徴収の理由について、該当の番号を記入してください。

【提出先】〒350-8601 川越市元町1丁目3番地1 川越市役所 本庁舎2階 市民税課 市民税第一・第二担当 TEL (049) 224-5640 (直通)/FAX (049) 226-2540

出産・育児関係の手続き

- ・【STEP 2】 出産・出生後～

- ① 本人→会社へ出生の届出（任意様式）
- ② 本人→会社へ「育児休業申出書」 提出・・・社内様式例P69-70
- ③ 会社→本人へ「育児休業取扱通知書」 交付・・・社内様式例P71

- ・手続きなど

- ① 「健康保険 被扶養者異動届」 提出
- ② 「健康保険・厚生年金保険 産前産後休業取得者申出書」 提出・・・社会保険料免除

※健康保険出産育児一時金は原則：直接支払制度

出産・育児関係の手続き

- 【STEP 3】育児休業開始～

- 手続きなど

- ① 「健康保険 出産手当金 支給申請書」提出
- ② 「健康保険・厚生年金保険 育児休業等取得者申出書」提出…社会保険料免除
- ③ 「育児休業給付受給資格確認票・（初回）育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書」提出
- ④ 「雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書」提出

- 【STEP 4】育児休業中～

- 手続きなど

- ① 2か月ごと 育児休業給付金申請
- ② 延長に関するアナウンス

出産・育児関係の手続き

- ・【STEP 5】育児休業延長前～1歳又は1歳6か月時点
本人→会社へ「育児休業申出書（1歳を超える育児休業）」提出
会社→本人へ「育児休業取扱い通知書」交付

手続きなど

- ① 育児休業給付金 延長申請
- ② 「育児休業等取得者申出書 延長届」提出・・・社会保険料免除

出産・育児関係の手続き

・【STEP 6】復職前～復職後

本人と会社 復職日の決定

本人→会社へ 育児時短就業申出書・・・社内様式例P79

会社→本人へ 取扱通知書の交付・・・社内様式例P81

手続など

- ① 特別徴収への切替「特別徴収にかかる給与所得者異動届出書」を各市区町村へ提出
- ② 「健康保険 厚生年金保険 育児休業取得者終了届」提出※必要な場合
- ③ 「厚生年金保険 養育期間標準報酬月額特例申出書」の提出※希望がある場合
- ④ 「健康保険 厚生年金保険 育児休業等終了時報酬月額変更届」提出※該当の場合

参考

特別徴収切替届出(依頼)書

										市町村使用欄									
令和 年 月 日	提出 (宛先) 川越市長		所在地 (住所)	〒 -										特別徴収義務者 指定番号			※市町村ごとに 異なります		
			フリガナ											担当者 連絡先	所属	新規の場合、納入書 (要・不要)			
			名称 (氏名)												氏名				
			法人番号																電話
給与所得者	フリガナ											旧姓			普通徴収 切替期別	期別を○で囲んでください。 〔 1・2・3・4 〕期以降を切替希望 ※ 普通徴収の納期限を過ぎたものは、特別徴収への 切替ができません。			
	氏名													特別徴収 開始予定月		月分(翌月10日納期分)から 特別徴収を開始します。 ※ 空欄の場合は任意の月から開始させていただきます。			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日													届出理由	1.入社 2.その他()			
	受給者番号	※ 電子での税額決定通知書(納税義務者用)の受け取りを選択している場合は、 必ず受給者番号を記入してください。												月割額 の連絡		必要な場合のみ記入してください。 月 日までに電話連絡を希望 ※ 通知書が間に合わない場合のみ電話連絡します。			
	1月1日現在の住所	〒 - ※ 1月1日現在の住所と異なる場合に記入してください。																	
	現在の住所	〒 - ※ 1月1日現在の住所と異なる場合に記入してください。																	

【添付書類】

- 普通徴収の納付書(二重納付防止のため、残りの納付書(納期未到来分)を添付してください。)
※すでに納付済みの分や口座振替の場合は不要です。

【注意事項】

- 普通徴収の納期限は年4回(6月末・8月末・10月末・翌年1月末)です。
普通徴収の納期限を過ぎたものは特別徴収への切替ができません。本人が納めるように必ずお伝えください。
- 市町村ごとに通知発送期日が異なるため、特別徴収への切替は2か月程度の余裕を持って行ってください。
- 普通徴収の口座振替設定をしている場合、市役所での口座引落としの手続き上、納期限前でも特別徴収への切替ができないことがあります。
- 65歳以上の方については、公的年金等の所得に係る税額を給与からの特別徴収に追加することはできません。
- 他の事業所で特別徴収されている場合、貴事業所への特別徴収切替手続きができないことがありますのでご了承ください。
- 用紙が足りない場合は、コピーしてお使いください。

【提出先】

〒350-8601 川越市元町1丁目3番地1 川越市役所 本庁舎2階 市民税課 市民税第一・第二担当 TEL(049)224-5640(直通)/FAX(049)226-2540

市役所 使用欄	納付書同封【1・2・3・4期・納通】	
	税額連絡	月 日 済
	口座	無・あり()
	併徴	無・あり()
	年普	無・あり()

養育期間の従前標準報酬月額のみなし措置

※厚生年金保険 養育期間標準報酬月額特例申出書

- ▶ 子どもが3歳に達するまでの養育期間中に標準報酬月額が低下した場合、その子どもを養育する前の標準報酬月額に基づく年金額を受け取ることができる仕組み
- ▶ 従前の標準報酬月額とは養育開始月の前月の標準報酬月額を指しますが、養育開始月の前月に厚生年金保険の被保険者でない場合には、その月前1年以内の直近の被保険者であった月の標準報酬月額が従前の報酬月額とみなされる。その月前1年以内に被保険者期間がない場合は、みなし措置は受けられない。
- ▶ 対象となる期間は、3歳未満の子の養育開始月から養育する子の3歳誕生日のある月の前月まで。
- ▶ 申出日より前の期間については、申出日の前月までの2年間についてみなし措置が認められる。

参考

※協会けんぽ加入前提で作成しています。

年月日	チェック	内容	提出先	備考	年齢目安
	<input type="checkbox"/>	個別周知※育児休業等の制度に関する事、育児休業等の申出先、給付金について、社会保険料免除について		妊娠報告後、早めに	本人又は配偶者の妊娠・出産等を労働者が申し出た場合
	<input type="checkbox"/>	個別の意向聴取※ 始業および終業の時刻、勤務地（就業の場所）、両立支援制度等の利用期間、仕事と育児の両立に資する就業の条件（業務量、労働条件の見直し等）		妊娠報告後、早めに	本人又は配偶者の妊娠・出産等を申し出た時と、労働者の子が3歳になるまでの適切な時期
	<input type="checkbox"/>	産前産後休業申請書（社内様式）	本人→会社	産休に入る前※必須ではない	
	<input type="checkbox"/>	住民税徴収方法の確認	会社→市区町村	産休に入る前	
	<input type="checkbox"/>	定期代の精算		産休に入る前	
	<input type="checkbox"/>	出産手当金支給申請書 用紙配布	会社→本人	産休に入る前	
	<input type="checkbox"/>	記載内容に関する確認書・申請等に関する同意書	会社→本人	給付金申請時使用	
	<input type="checkbox"/>	出生時育児休業（産後パパ育休）の申出（社内様式）	本人→会社	原則、休業開始2週間前まで	労使協定を締結している場合は最大1か月前
	<input type="checkbox"/>	休業取扱通知書（社内様式）	会社→本人	速やかに	
	<input type="checkbox"/>	被扶養者異動届	年金事務所	出産後※該当者	
	<input type="checkbox"/>	出産手当金支給申請書（会社証明欄部分を除いた書類）	本人→会社	出産後	
	<input type="checkbox"/>	育児休業申請書（社内様式）	本人→会社	休業開始1か月前まで	
	<input type="checkbox"/>	休業取扱通知書（社内様式）	会社→本人	速やかに	
	<input type="checkbox"/>	母子手帳コピー	本人→会社	給付金申請時使用	
	<input type="checkbox"/>	育児休業給付振込先通帳コピー	本人→会社	給付金申請時使用	公金受取口座希望が確認出来れば不要
	<input type="checkbox"/>	記載内容に関する確認書・申請等に関する同意書	本人→会社	給付金申請時使用	
	<input type="checkbox"/>	出産手当金支給申請書	協会けんぽ	産後56日経過後	
	<input type="checkbox"/>	育児休業取得者申出書	年金事務所	育児休業開始後	
	<input type="checkbox"/>	休業開始時賃金月額証明書	ハローワーク	育児休業開始後	
	<input type="checkbox"/>	育児休業給付受給資格確認票・（初回）育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書	ハローワーク	育児休業開始後	
	<input type="checkbox"/>	以降、育児休業給付金支給申請書	ハローワーク	2か月毎	延長時は延長申請含む
	<input type="checkbox"/>	復職又は延長の確認	本人→会社	延長する場合	延長については早めにアナウンス
	<input type="checkbox"/>	※入所申込書、保育所不承諾通、延長事由認定申告書			
	<input type="checkbox"/>	育児休業申請書（延長）（社内様式）	本人→会社	延長する場合2週間前	0歳11か月
	<input type="checkbox"/>	休業取扱通知書（延長）（社内様式）	会社→本人	速やかに	0歳11か月
	<input type="checkbox"/>	育児休業取得者申出書（1歳以降分）	会社→年金事務所	延長する場合	1歳以降
	<input type="checkbox"/>	復職又は延長の確認（保育所不承諾通知等）	本人→会社	延長する場合	延長については早めにアナウンス
	<input type="checkbox"/>	※入所申込書、保育所不承諾通、延長事由認定申告書			
	<input type="checkbox"/>	育児休業申請書（延長）（社内様式）	本人→会社	延長する場合2週間前	1歳5か月
	<input type="checkbox"/>	休業取扱通知書（延長）（社内様式）	会社→本人	速やかに	1歳5か月
	<input type="checkbox"/>	育児休業取得者申出書（1歳6か月以降分）	会社→年金事務所	延長する場合	1歳6か月以降
	<input type="checkbox"/>	養育期間標準標準報酬月額特例申出書	会社→年金事務所		
	<input type="checkbox"/>	育児休業終了時改定	会社→年金事務所	該当する場合	復帰4か月

※早めに育児休業を終了する場合別途届出が必要



参考

記載内容に関する確認書
申請等に関する同意書
(育児休業給付・出生後休業支援給付用)

令和 年 月 日

私は、下記の事業主が行う

記

- 育児休業給付の受給資格の確認の申請について同意します。
- 雇用保険法施行規則第101条の30・第101条の33・第101条の34による育児休業給付・出生後休業支援給付の支給申請について(今回の申請に続く今後行う支給申請を含む。)

(該当する項目にチェック。複数項目にチェック可)

※ 本同意書の保存期限は、雇用保険法施行規則第143条の規定により本給付に係る完結の日から4年間とします。

事業所名称

事業主氏名

被保険者番号

被保険者氏名

以上

第101条の30、第101条の42関係 (第2面)

上記被保険者が育児休業を取得し、上記の記載事項に誤りがないことを証明します。

事業所名(所在地・電話番号)

令和 年 月 日 事業主名

上記のとおり育児休業給付の受給資格の確認を申請します。
雇用保険法施行規則第101条の30、第101条の42の規定により、上記のとおり育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給を申請します。

令和 年 月 日 公共職業安定所長 殿 フリオオ 申請者氏名

備考	黄金締切日 月 日 運動手当 有(毎月・3か月・6か月)	資格確認の可否	可	否
考	黄金支払日 月 日 月 日	資格確認年月日	令和 年 月 日	
		通知年月日	令和 年 月 日	

社会保険 被保険者氏名 氏名 電話番号

労働士 氏名 電話番号

記載欄

所長	次長	課長	係長	係	操作者
----	----	----	----	---	-----

注意

- 育児休業給付金は、原則1歳未満の子を養育するための休業を行う被保険者が育児休業給付金の受給資格の確認を受けられた場合において、原則として、育児休業給付金の受給資格の確認申請書の提出日より算定された支給日曜日より前日(注)の9割以上の賃金が支払われていないと認められる場合は、原則として、育児休業給付金の受給資格の確認申請書の提出日より算定された支給日曜日より前日(注)の9割以上の賃金が支払われていないと認められる期間が「休業期間」であることを要件として、「黄金日数」×「支給日数」×54% (休業日数(出生後休業支援給付金)×7%)を超過してはならない。
- また、被保険者が同一の子について、休業期間(労働基準法の規定による産後休業をしないときは当該子の出生の日から起算して8週間を経過する日または当該子の出生の日から起算して10週間を経過する日の日までの期間)内に14日以上育児休業をした場合、前掲者が一定の条件を満たした日(黄金日数(出生後休業支援給付金)×7%)を超過してはならない。
- (注)黄金日数は、原則として休業開始後6か月の賃金を1割で除した額であり、支給日数は、一の支給単位期間につき3日(休業終了日の属する支給単位期間を除く)と算定される。
2. 育児休業給付金の受給資格の確認を受けようとする方は、事業主の方向け雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書の提出にあわせて、事業主を被保険者として、この育児休業給付金受給資格確認書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
3. また、育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
4. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
5. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
6. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
7. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
8. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
9. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
10. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
11. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
12. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。

雇用保険法施行規則第101条の30、第101条の42の規定により、上記のとおり育児休業給付金/出生後休業支援給付金の支給を申請します。

令和 7 年 10 月 1 日

公共職業安定所長 殿 申請者氏名 申請について同意済み

- 28歳には、被保険者の被保険者番号を記載してください。(被保険者が公務員である場合や被保険者でない場合は空欄で構いません。)
- 29歳には、出生後休業支援給付金の受給資格の確認申請書の提出日より算定された支給日曜日より前日(注)の9割以上の賃金が支払われていないと認められる期間が「休業期間」であることを要件として、「黄金日数」×「支給日数」×54% (休業日数(出生後休業支援給付金)×7%)を超過してはならない。
- (注)黄金日数は、原則として休業開始後6か月の賃金を1割で除した額であり、支給日数は、一の支給単位期間につき3日(休業終了日の属する支給単位期間を除く)と算定される。
2. 育児休業給付金の受給資格の確認を受けようとする方は、事業主の方向け雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書の提出にあわせて、事業主を被保険者として、この育児休業給付金受給資格確認書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
3. また、育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
4. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
5. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
6. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
7. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
8. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
9. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
10. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
11. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。
12. 育児休業給付金及び出生後休業支援給付金の支給申請書(「給付」育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書)を提出してください。

出産・育児休業に関する社会保険の手続き

- 出産一時金
- 出産手当金
- 産前産後休業取得者申出書
- 育児休業取得者申出書
- 育児休業終了時報酬月額変更届

出産一時金

- ◆ 出産育児一時金とは・・・被保険者及びその被扶養者が出産した時に支給されるもの。支給額は一児につき50万円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産した場合または妊娠週数22週未満の出産の場合は48.8万円）
- ◆ 多胎児を出産したときは、胎児数分だけ支給される

※産科医療保障制度とは、医療機関等が加入する制度で、加入医療機関で制度対象となる出産をしたとき、万一、分娩時の何らかの理由により重度の脳性まひとなった場合、子どもと家族の経済的負担を補償するもの。

※直接支払制度：協会けんぽから出産育児一時金を医療機関等に直接支払う仕組み

※受取代理制度：出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）により協会けんぽへ事前申請

出産手当金

- ◆被保険者が出産のために仕事を休み、その間の給与を受けられないときに支給される。
- ◆妊娠4か月（85日）以上の出産であれば、早産・死産（流産）・人工妊娠中絶も含まれる。
- ◆期間は、出産日（出産が予定日より後になった場合は、出産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合は98日）から出産日の翌日以降56日までの範囲内。
- ◆受給額は、傷病手当金の計算と同じ。出産手当金の申請期間の初日の属する月までの12ヵ月間に、勤務先が変更した場合等で健康保険の記号番号が変更した場合、または退職後に任意継続被保険者になった場合健康保険加入状況等申告書を提出するのも同じ。

参考：健康保険加入状況等申告書

【別添】

被保険者証	記号	番号
氏名	(フリガナ)	生年月日 昭和 年 月 日 平成

傷病手当金・出産手当金の申請期間の初日の属する月までの12ヵ月間に、勤務先が変更した場合もしくは、定年再雇用等で被保険者証の番号が変更した場合、または退職後に任意継続被保険者になった場合は、下記の表にご記入ください。ただし、全国健康保険協会に加入していた場合に限ります。

①	会社名(任意継続被保険者の場合は加入支部名称)	(フリガナ)
	所在地(任意継続被保険者の場合はお住まいの住所)	〒 - 都・道 府・県
	使用されていた(加入していた)期間	年 月 日 ~ 年 月 日

②	会社名(任意継続被保険者の場合は加入支部名称)	(フリガナ)
	所在地(任意継続被保険者の場合はお住まいの住所)	〒 - 都・道 府・県
	使用されていた(加入していた)期間	年 月 日 ~ 年 月 日

③	会社名(任意継続被保険者の場合は加入支部名称)	(フリガナ)
	所在地(任意継続被保険者の場合はお住まいの住所)	〒 - 都・道 府・県
	使用されていた(加入していた)期間	年 月 日 ~ 年 月 日

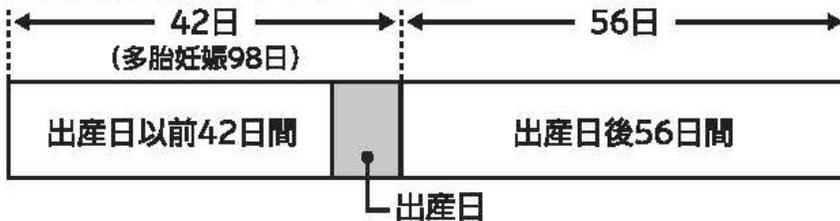
傷病手当金・出産手当金の申請期間の初日の属する月までの12ヵ月間に加入していた健康保険組合が解散し、全国健康保険協会に加入した場合は、健康保険組合の名称及びその加入期間をご記入ください。

①	健康保険組合の名称	
	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日

2 支給期間

■ 出産予定日に出産した場合

出産予定日より早く出産した場合



$$\text{支給期間} = \boxed{42\text{日 (多胎妊娠98日)}} + \boxed{56\text{日}}$$

■ 出産予定日より遅れて出産した場合



$$\text{支給期間} = \boxed{42\text{日 (多胎妊娠98日)}} + \boxed{\alpha\text{日}} + \boxed{56\text{日}}$$

◆ 出産予定日より遅れて出産した場合

出産予定日前42日 + 出産予定日から遅れた出産日までの日数 + 産後56日が支給される。

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3 ページ

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名 **協会 花子**

① 申請期間 (出産のために休んだ期間) **7** 年 **06** 月 **03** 日 **11** 時から 年 **06** 月 **06** 日 **17** 日

② 今目の出産手当金の申請は **8** **2** 1. 出産前 2. 出産後

③-1 出産予定日 **9** 年 **06** 月 **04** 日 **21** 日

③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合には記入ください) 年 **06** 月 **04** 日 **22** 日

④-1 出生児数 **1** 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数も記入ください。

④-2 死産児数 人

⑤-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に休暇を受けましたか。 **1** 1. はい → ⑤-2へ 2. いいえ

⑤-2 受けた休暇は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。 **1** 1. はい 2. いいえ → 事業主への確認のうえ正しい証明を添付してください。

出産のため労務に服さなかった期間を記入

出産ごの申請の場合は、出産予定日と出産日の両方記入

10 出産者住所 (のりかた) **キョウカイ ハナコ**

出産予定日 年 **06** 月 **04** 日 **21** 日

出産年月日 年 **06** 月 **04** 日 **22** 日

出生児数 **1** 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数も記入ください。

死産児数 人

死産の場合の死産日数 日

上記のとおり正確ないことも証明します。

医療機関の所在地 年 **06** 月 **05** 日 **15** 日
東京都港区〇〇2-3-4
〇〇総合病院
 医師・助産師の氏名 **保険 太郎**
 電話番号 **03XXXXXXXX**

医師又は助産師の証明欄

6 1 1 1 4 1 0 3

【事業主記入用は3ページ目に続きます。】

健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主記入用

券務に添えなかった期間(申請期間)の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ) **キョウカイ ハナコ**

傷病金の欄は必ず記入してください。申請期間()は横線として記入ください。

11	06	03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	06	04	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	06	05	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	06	06	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

05 02 01 05 02 28 300000

12	05	10	01	06	03	31	50000
	06	03	01	06	03	31	10000
	06	03	14	06	03	15	16000

事業主住所 **東京都千代田区△△1-1** 06 07 10 日

事業主名称 **〇〇株式会社**

事業主氏名 **健保 三郎**

電話番号 **03XXXXXXXX**

6 1 1 2 4 1 0 3

被保険者氏名の記入漏れ注意！

出勤した日を○で表示。傷病手当金と同じ。

出勤していない日に対して、報酬等を支給した日がある場合には、支給した日と金額を記入。傷病手当金と同じ。

産前分、産後分など複数回に分けて申請することも可能。事業主証明欄はその都度証明が必要。医師又は助産師の証明欄は、1回目の申請が出産後で、証明により出産日等が確認できれば、2回目以降の申請書への証明は省略可。

問⑨ 申請書を作成してみよう

出産手当金支給申請書

- 被保険者：埼玉美香（サイタマミカ）
- 生年月日：平成9年4月2日
- 記号・番号：217000023・30
- 養育する子の名前等：埼玉悠人（サイタマハルト）、実子、令和7年11月1日生まれ
- 育児休業開始年月日：令和7年12月28日
- 住所：〒101-0062東京都千代田区神田駿河台4丁目6
- 電話番号：03-5289-0751
- 給付金の振込先は、公金受取口座を希望
- 出産予定日：令和7年11月1日
- 出産のため休んだ期間：令和7年9月21日～令和7年12月27日
- 出産のため休んだ期間に賃金支払いなし
- 出産後の申請
- 事業主所在地：〒330-8686 埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2
- 事業所名称：株式会社けんぼ
- 事業主氏名：健保三郎
- 電話番号：048-826-4866
- 事業所整理記号：00ーアイウ
- 証明日：令和8年1月15日

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3 ページ

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名 埼玉 美香

① 申請期間 (出産のために休んだ期間) 令和 07 年 09 月 21 日 から 令和 07 年 12 月 27 日

② 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、出産後の申請ですか。 1. 出産前 2. 出産後

③-1 出産予定日 令和 07 年 11 月 01 日

③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合はご記入ください。) 令和 07 年 11 月 01 日

④-1 出生児数 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。

④-2 死産児数 人

⑤-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。 1. はい 2. いいえ **⇒ ⑤-2へ**

⑤-2 受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。 1. はい 2. いいえ **⇒ 事業主へご連絡のうえ、正しい証明を受けてください。**

出産者氏名 (カタカナ)

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

出産予定日 令和 年 月 日

出産年月日 令和 年 月 日

出生児数 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。

死産児数 人

死産の場合の経緯日数 日

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

電話番号

6 1 1 2 1 1 0 3

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3 ページ

事業主記入用

労務に服さなかった期間(申請期間)の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ) サイタマ ミカ

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

勤務状況 2ページの申請期間のうち、出勤した日付を○で囲んでください。「年/月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

令和 07 年 09 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
○															
○															
○															
○															

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記○で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日と金額をご記入ください。
※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、賞与・住居等現物支給しているもの等

例 令和 05 年 02 月 01 日 から 05 年 02 月 28 日 3000000 円

① 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

② 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

③ 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

④ 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

⑤ 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

⑥ 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

⑦ 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

⑧ 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

⑨ 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

⑩ 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

上記のとおり相違ないことを証明します。
事業所所在地 埼玉県 さいたま市大宮区錦町682-2 令和 08 年 01 月 15 日

事業所名称 株式会社けんぽ

事業主氏名 健保三郎

電話番号 0488264866

6 1 1 3 1 1 0 3

産前産後休業期間中の社会保険料免除 ⇒産前産後休業取得者申出書

- ◆産前産後休業期間中は、健康保険・厚生年金保険の保険料が、被保険者・事業主負担分とも免除される。
- ✓産前産後休業期間中における給与が有給・無給であるかは問わない。
- ✓事業主等であっても、被保険者であれば産前産後休業中の保険料免除を受けられる。
- ✓産前産後休業期間中とは：出産の日（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、妊娠または出産を理由として労務に従事しなかった期間
- ✓出産とは、妊娠85日（4カ月）以上の分娩をいい、早産、死産、流産、人工妊娠中絶を含む。

- ◆申出書の提出は、産前産後休業をしている間または産前産後休業終了後の終了日から起算して1カ月以内の期間中に提出しなければならない。

- ◆保険料の負担が免除される期間は、産前産後休業開始月から終了日の翌日の属する月の前月（産前産後休業終了日が月の末日の場合は産前産後休業終了月）まで。
- ◆免除期間中も被保険者資格に変更はなく、将来、年金額を計算する際は、保険料を納めた期間として扱われる。

様式コード
2 2 7 3

健康保険 産前産後休業取得者 申出書/変更(終了)届

令和 7 年 6 月 13 日提出

事業所整理記号 2 0 0 - ケ イ ト

届書記人の個人番号に誤りがないことを確認しました。
〒 168 - 8500
東京都杉並区高井戸3-2-1
株式会社 健保産業
代表取締役社長 健保 良一
電話番号 03 (1234) 5678

受付印

社会保険労務士記載欄
氏 名 等

新規申出の場合は共通記載欄に必要項目を記入してください。
変更・終了の場合は、共通記載欄に産前産後休業取得届に提出いただいた内容(内A・変更・B終了)の必要項目を記入してください。

共通記載欄(届書申出)

① 被保険者整理番号	4 7	② 個人番号 [基礎年金番号]	5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
③ 被保険者氏名	④ 年 金 花 子	⑤ 被保険者生年月日	7 5 昭和 7 平成 9 令和 0 5 0 7 1 1
⑥ 出産予定年月日	8 9 令和 0 7 0 6 3 0	⑦ 出産種別	9 ⑧ 単胎 > 1多胎 ※出産予定の子の人数が2人(双子)以上の場合に「1多胎」を○で囲んでください。
⑨ 産前産後休業開始年月日	10 9 令和 0 7 0 5 2 0	⑩ 産前産後休業終了予定年月日	11 9 令和 0 7 0 8 0 7
⑪ この申出書を出産後に提出する場合のみ記入してください。			
⑫ 出産年月日	12 9 令和 0 7 0 6 1 2		
備考			

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

人 変 更

⑬ 変更後の出産(予定)年月日	9 令和	⑭ 変更後の出産種別	0 単胎 1多胎 ※出産予定の子の人数が2人(双子)以上の場合に「1多胎」を○で囲んでください。
⑮ 産前産後休業開始年月日	9 令和	⑯ 産前産後休業終了予定年月日	9 令和

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

届 終 了

⑰ 産前産後休業終了年月日	9 令和
---------------	------

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

記入例 出産後の産前産後休業期間中に提出した場合

◎産前産後休業取得者申出書は、
産前産後休業期間中または産前産後休業終了日から起算して
1月以内の期間に提出してください。

- 届書提出日を記入してください。
- 事業所整理記号を必ず記入してください。
- 事業所情報を記入してください。
- 被保険者整理番号を必ず記入してください。
- マイナンバーカードや基礎年金番号通知書等を確認し、必ず記入してください。
- 被保険者の氏名を記入してください。
- 被保険者の生年月日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。
- 産前産後休業の開始年月日を記入してください。
- 産前産後休業の終了予定年月日を記入してください。
- 出産年月日を記入してください。

ご参考：出産前に届け出し、予定日が変更になった場合

実際の出産年月日、または変更後の出産予定年月日を記入してください

変更の有無にかかわらず記入

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

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

実際の出産年月日が出産予定年月日より前だった場合、
出産年月日を基準として、産前42日(多胎は98日)の範囲
内で休業を開始した日付に変更してください。実際
の出産年月日が出産予定年月日より後だった場合は、当
初の開始予定年月日をそのまま記入してください。

実際の出産年月日の翌日以
降56日以内の日付に変更し
てください

育児休業期間中の社会保険料免除 ⇒育児休業取得者申出書

- ◆ 育児休業期間中の、健康保険・厚生年金保険の保険料が、被保険者・事業主負担分とも免除される。
 - ① 申出書の提出は、育児休業等の期間中または育児休業等終了後の終了日から起算して1カ月以内の期間中に行う。
 - ② 免除期間は、原則として、育児休業等を開始した日の属する月から育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間まで。
-
- ◆ 免除期間中も被保険者資格に変更はなく、将来、年金額を計算する際は、保険料を納めた期間として扱われる。

◆ 開始日の属する月と終了日の翌日が属する月が同一の場合でも、育児休業等開始日が含まれる月に14日以上育児休業等を取得した場合は免除・・・B

A その月の末日が育児休業期間中である場合



原則、就業日は除かれる
 (ただし、一時的・臨時的な場合は除外しない)

B 同月内で開始と終了がある場合、その日数が14日以上の場合

◆ 賞与については、賞与支払月の末日を含んだ連続した1か月を超える育児休業等を取得した場合、(期間に月末が含まれる月に支給された賞与に係る保険料が) 免除される

「1月超」の考え方 (賞与保険料の免除要件)

開始	1か月満了日	1か月超
2月1日	2月28日	3月1日
2月11日	3月10日 応当日前日で1か月	3月11日 応当日がある
1月29日	2月28日	3月1日
1月30日	応当日がない場合、その月の末日で1か月	応当日がない
1月31日		

支給月の末日を含んだ連続した1か月を超える育児休業等
 を取得した場合に、賞与にかかる保険料が免除



賞与の場合

記入例

健康保険
厚生年金保険

育児休業等取得者
申出書(新規・延長)/終了届



令和 7 年 10 月 15 日提出

事業所整理記号 **200-ケイト**

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。
〒 **168 - 8500**
事業所所在地 **東京都杉並区高井戸3-2-1**

事業所名称 **株式会社 健保産業**

事業主氏名 **代表取締役社長 健保 良一**

電話番号 **03 (1234) 5678**

社会保険労務士記載欄
氏名等

受付印

新規申出の場合は共通記載欄に必要項目を記入してください。

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

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

・共通記載欄の「⑨育児休業等取得日数」と「⑫就業予定日数」を必ず記入してください。
・同月内に複数回の育児休業等取得した場合は、「⑩育児休業等開始年月日」と「⑪育児休業等終了(予定)年月日」を、**最初の育児休業等開始年月日と、最後の育児休業等終了(予定)年月日を記入のうえ、育児休業等取得日数を記入してください。**

① 被保険者整理番号	④ 7	② 個人番号	5 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
③ 被保険者氏名	年金 花子	⑤ 被保険者生年月日	0 5 0 7 1 1
⑥ 養育する子の氏名	年金 太郎	⑦ 養育する子の生年月日	0 7 0 8 1 7
⑧ 区分	① 実子 ※「2.その他」の場合は、⑧養育開始年月日(実子以外)も記入してください。	⑨ 養育開始年月日(実子以外)	0 令和
⑩ 育児休業等開始年月日	0 7 1 0 1 3	⑪ 育児休業等終了(予定)年月日	0 8 0 8 1 6
⑨ 育児休業等取得日数	9	⑫ 就業予定日数	10

終了予定日を延長する場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

A 延長	⑩ 育児休業等終了(予定)年月日(変更後)	9 令和	年 月 日	※延長後の「⑪育児休業等終了(予定)年月日の翌日」が「⑩育児休業等開始年月日」と同月内の場合は、⑩変更後の育児休業等取得日数も記入してください。	⑬ 変更後の育児休業等取得日数	日
------	-----------------------	------	-------	--	-----------------	---

予定より早く育児休業を終了した場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

B 終了	⑩ 育児休業等終了年月日	9 令和	年 月 日	※「⑩育児休業等終了年月日の翌日」が「⑩育児休業等開始年月日」と同月内の場合は、⑩変更後の育児休業等取得日数も記入してください。	⑬ 変更後の育児休業等取得日数	日
------	--------------	------	-------	--	-----------------	---

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

1	⑩ 育児休業等開始年月日	9 令和	年 月 日	⑪ 育児休業等終了(予定)年月日	9 令和	年 月 日	⑭ 育児休業等取得日数	日	⑮ 就業予定日数	日
2	⑩ 育児休業等開始年月日	9 令和	年 月 日	⑪ 育児休業等終了(予定)年月日	9 令和	年 月 日	⑭ 育児休業等取得日数	日	⑮ 就業予定日数	日
3	⑩ 育児休業等開始年月日	9 令和	年 月 日	⑪ 育児休業等終了(予定)年月日	9 令和	年 月 日	⑭ 育児休業等取得日数	日	⑮ 就業予定日数	日
4	⑩ 育児休業等開始年月日	9 令和	年 月 日	⑪ 育児休業等終了(予定)年月日	9 令和	年 月 日	⑭ 育児休業等取得日数	日	⑮ 就業予定日数	日

育児休業等取得者申出書は、**育児休業等期間中または育児休業等終了日から起算して1月以内の期間に提出してください。**

- 1 事業主が被保険者からの申出を受け、年金事務所や事務センターへ提出した日を記入してください。
- 2 事業所整理記号を**必ず**記入してください。
- 3 事業所情報を記入してください。
- 4 被保険者整理番号を**必ず**記入してください。
- 5 マイナンバーカードや基礎年金番号通知書等を確認し、**必ず**記入してください。
- 6 次のいずれかを○で囲んでください。
 1. 実子 : 養育する子が被保険者の実子である場合
 2. その他 : 養育する子が被保険者の養子である場合
- 7 養子である子の養育開始日を記入してください。
- 8 被保険者が養育のために休業する期間を記入してください。
※被保険者が女性であり、かつ「⑧養育する子の区分」が「1. 実子」である場合、最も早い始期は、原則として子の生年月日の翌日から起算して57日目になります。
(56日目までは産後休業のため、育児休業等期間には当たりません。)
※同月内に、複数回の育児休業等を取得した場合は、同月内の育児休業等の中で、最初の開始日と最後の終了(予定)日を記入してください。
- 9 育児休業等開始日が、育児休業等終了(予定)日の翌日と同月の場合は、育児休業等取得日数と就業予定日数を記入してください。
※同月内に、複数回の育児休業等を取得した場合は、同月内の日数の合計を記入して下さい。
- 10 パパママ育休プラスに該当する場合は、チェック(☑)をしてください。
- 11 同月内に、複数回の育児休業等を取得した場合に、それぞれの育児休業等の開始日・終了日・取得日数・就業予定日数を1~4に記入してください。

問⑩ 申請書を作成してみよう

育児休業取得者申出書

- 被保険者：埼玉美香（サイタマミカ）
- 生年月日：平成9年4月2日
- 整理番号：30
- 基礎年金番号：1111-111111
- 養育する子の名前等：埼玉悠人（サイタマハルト）、実子、令和7年11月1日生まれ
- 育児休業開始年月日：令和7年12月28日

- 事業主所在地：〒330-8686 埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2
- 事業所名称：株式会社けんぼ
- 事業主氏名：健保三郎
- 電話番号：048-826-4866
- 事業所整理記号：00-アイウ

⑫欄以降該当なし

問 10

答え

様式コード 2 | 2 | 6 | 3 健康保険 育児休業等取得者 厚生年金保険 申出書(新規・延長)/終了届

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出

事業所 整理記号 00-アイウ

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。
〒 330 - 8866

事業所所在地 埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2

事業所名称 株式会社けんぼ

事業主氏名 代表取締役 健保三郎

電話番号 048 (826) 4866

社会保険労務士記載欄
氏名等

受付印

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

＜「①育児休業等開始年月日」と「⑩育児休業等終了(予定)年月日の翌日」が同月内の場合＞

・共通記載欄の②育児休業等取得日数欄と⑪就業予定日数欄を必ず記入してください。
・同月内に複数回の育児休業を取得した場合は、⑩育児休業等開始年月日欄に、最初の育児休業等開始年月日を、
⑪育児休業等終了(予定)年月日欄に最終回の育児休業等終了(予定)年月日を記入のうえ、C育児休業等取得内訳を記入してください。

1) 被保険者整理番号	30	2) 個人番号 [基礎年金番号]	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
3) 被保険者氏名 (姓) サイタマ (名) ミカ	埼玉 美香	4) 被保険者生年月日	5) 昭和7平成9令和 0 9 0 4 0 2 性別 1.男 2.女
6) 養育する子の氏名 (姓) サイタマ (名) ハルト	埼玉 悠人	7) 養育する子の生年月日	9) 9令和 0 7 1 1 0 1
8) 区分 1.実子 2.その他 ※「2その他」の場合は、⑨養育開始年月日(実子以外)も記入してください。	1.実子	9) 養育開始年月日(実子以外)	9) 9令和
10) 育児休業等開始年月日	9.令和 0 7 1 2 2 8	10) 育児休業等終了(予定)年月日	9.令和 0 8 1 0 3 1
12) 育児休業等取得日数	就業予定日数	ハバママ育休プラス該当区分	備考

終了予定日を延長する場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

A.延長	10) 育児休業等終了(予定)年月日(変更前)	9.令和	年	月	日	12) 育児休業等取得日数	就業予定日数	備考
------	-------------------------	------	---	---	---	---------------	--------	----

※延長後の⑩育児休業等終了(予定)年月日の翌日Jが⑩育児休業等開始年月日J止同月内の場合は、⑫変更後の育児休業等取得日数欄も記入してください。

予定より早く育児休業を終了した場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

B.終了	10) 育児休業等終了年月日	9.令和	年	月	日	12) 育児休業等取得日数	就業予定日数	備考
------	----------------	------	---	---	---	---------------	--------	----

※「⑩育児休業等終了年月日の翌日Jが⑩育児休業等開始年月日J止同月内の場合は、⑫変更後の育児休業等取得日数欄も記入してください。

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

1	10) 育児休業等開始年月日	9.令和	年	月	日	11) 育児休業等終了(予定)年月日	9.令和	年	月	日	12) 育児休業等取得日数	就業予定日数	備考
2	10) 育児休業等開始年月日	9.令和	年	月	日	11) 育児休業等終了(予定)年月日	9.令和	年	月	日	12) 育児休業等取得日数	就業予定日数	備考
3	10) 育児休業等開始年月日	9.令和	年	月	日	11) 育児休業等終了(予定)年月日	9.令和	年	月	日	12) 育児休業等取得日数	就業予定日数	備考
4	10) 育児休業等開始年月日	9.令和	年	月	日	11) 育児休業等終了(予定)年月日	9.令和	年	月	日	12) 育児休業等取得日数	就業予定日数	備考

育児休業終了時報酬月額変更届

- ◆ 育児休業終了日に3歳未満の子を養育している被保険者は、次の要件を満たす場合、育児休業終了日の翌日が属する月以後3カ月間に受けた報酬の平均額に基づき、4カ月目の標準報酬月額から改定することができる。
- ✓ ア. これまでの標準報酬月額と改定後の標準報酬月額との間に1等級以上の差が生じること。
- ✓ イ. 育児休業終了日の翌日が属する月以後3カ月のうち、少なくとも1カ月における支払基礎日数が17日（特定適用事業所に勤務する短時間労働者は11日）以上であること。

※標準報酬月額は、育児休業終了日の翌日が属する月以後3カ月分の報酬の平均額に基づき算出する。ただし、支払基礎日数が17日未満の月は除く。

※短時間就労者（パート）に係る支払基礎日数の取扱いについては、3カ月のいずれも17日未満の場合は、そのうち15日以上17日未満の月の報酬月額の平均によって算定する。（パートとは、1週間の所定労働時間および1カ月の所定労働日数が正社員の4分の3以上の短時間就労者）

記入例

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届
 厚生年金保険
 (兼)厚生年金保険 70歳以上被用者育児休業等終了時報酬月額相当額変更届

1 令和 8 年 1 月 13 日提出

提出者記入欄

事業所整理記号 200-ケイト

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。
 〒 168 - 8500
 東京都杉並区高井戸3-2-1
 株式会社 健保産業
 代表取締役社長 健保 良一
 電話番号 03 (5432) 6789

受付印

社会保険労務士記載欄
 氏名等

4 育児休業等を終了した日の標準報酬月額の設定について申出します。
 (健康保険法施行規則第38条の2及び厚生年金保険法施行規則第10条)
 ※必ず口に✓を付してください。 令和 8 年 1 月 13 日

日本年金機構理事長あて
 住所 東京都杉並区浜田川1-2-3
 氏名 年金 花子 電話 03 (1234) 5678

被保険者欄

5 被保険者整理番号	7	6 個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
7 被保険者氏名	年金 花子	5 昭和(平成/令和)9年	0 5 0 7 1 1
8 子の氏名	年金 太郎	7 平成(令和)9年	0 6 1 1 1 0

支給月	給与計算の本数日数	通貨	印現物	合計	合計
8月 31日	0	0	0	0	10 5 2 7 1 0 0
12月 30日	275,000	0	275,000	11 2 6 3 5 5 0	
1月 31日	252,100	0	252,100		

12 従前の標準報酬月額を記入してください。

13 8 年 2 月

14 給与計算の締切日および給与支払日を記入してください。

15 育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始していません。

○ **育児休業等終了時報酬月額変更届とは**
 「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」による満3歳未満の子を養育するための育児休業等(育児休業及び育児休業に準ずる休業)終了日に3歳未満の子を養育している被保険者は、一定の条件を満たす場合、随時改定に該当しなくても、育児休業終了日の翌日が属する月以後3か月間に受けた報酬の平均額に基づき、4月目の標準報酬月額から改定することができます。ただし、育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始した場合は、この申出はできません。

○ **変更後の標準報酬月額が以前より下がった方へ**
 3歳未満の子を養育する被保険者または被保険者であった方で、養育期間中の各月の標準報酬月額が、養育開始月の前月の標準報酬月額を下回る場合、「養育期間の従前標準報酬月額のみなし措置」という制度をご利用いただけます。この申出をいただきますと、将来の年金額の計算時には養育期間以前の従前標準報酬月額を用いることができますので、『育児休業等終了時報酬月額変更届』とあわせて、『養育期間標準報酬月額特別申出書』を提出してください。

- 1 事業主が被保険者からの申出を受け、年金事務所や事務センターへ提出した日を記入してください。
- 2 事業所整理記号を必ず記入してください。
- 3 事業所情報を記入してください。
- 4 被保険者の氏名・住所を記入してください。
 申出者の届出意思確認のため、必ず口に✓を付してください。
 また、この届書を被保険者が事業主に提出した日付を記入してください。
- 5 被保険者整理番号を必ず記入してください。
- 6 マイナンバーカードや基礎年金番号通知書等を確認し必ず記入してください。
- 7 育児休業等を終了した日付を記入してください。
- 8 7に記入した日の翌日が属する月から連続する3カ月を記入してください。
 そして各月の給与支払いの対象となった日数を記入してください。
 例えば、月給者は暦日数、日給者は出勤日数を記入します。月給者で欠勤日数だけ給与が差し引かれる場合は、就業規則等により会社で定められた日数から欠勤日数を控除後の日数として記入してください。
- 9 各3カ月に通貨で支払われた報酬をそれぞれの月に記入してください。
 なお、現物給与(食事、住宅、通勤定期券等)の支給がある場合は、金銭に換算して記入してください。
 換算は「厚生労働大臣が定める現物給与の価額」に基づきます。
 「⑤合計」欄は、⑦と⑧の合計額を記入してください。
- 10 3カ月間の報酬(「⑤合計」欄)の合計額を記入してください。
 ただし、17日未満の月がある場合は除きます。
- 11 10に記入した総計額を17日以上で割った額について1円未満切り捨てで記入してください。(平均額を算出します。)
- 12 従前の標準報酬月額を記入してください。
- 13 8に記入した3カ月目の翌月の年月を記入してください。
- 14 給与計算の締切日および給与支払日を記入してください。
- 15 育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始していないことを確認してください。該当する場合は口に✓を付してください。
育児休業等が終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始した場合、この申出はできません。

問⑪ 申請書を作成してみよう

育児休業終了時報酬月額変更届

- 被保険者：埼玉美香（サイタマミカ）
- 生年月日：平成9年4月2日
- 整理番号：30
- 基礎年金番号：1111-111111
- 養育する子の名前等：埼玉悠人（サイタマハルト）、実子、令和7年11月1日生まれ
- 育児休業開始年月日：令和7年12月28日
- 住所：東京都千代田区神田駿河台4丁目6
- 電話番号：03-5289-0751
- 事業主所在地：〒330-8686 埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2
- 事業所名称：株式会社けんぼ
- 事業主氏名：健保三郎
- 電話番号：048-826-4866
- 事業所整理記号：00ーアイウ
- 受けた報酬と基礎日数：
10月0円（0日） 11月255,000 12月275,000 月給者で欠勤なし
- 従前標準報酬月額：28万
- 給与締め日、支払日：末締め25日払
- 育児休業終了日令和8年10月31日
- 育児休業を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始していない

問 11

答え

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届
(業)厚生年金保険 70歳以上被用者育児休業等終了時報酬月額相当額変更届

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出

様式コード	健康保険 厚生年金保険 (業)厚生年金保険	育児休業等終了時報酬月額変更届
2 2 2 2		

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出

提出者記入欄	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 330 - 8686 事業所所在地 埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2 事業所名称 株式会社けんぼ 事業主氏名 代表取締役 健保三郎 電話番号 048 (826) 4866	受付印	
---------------	--	-----	--

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申出者欄

日本年金機構理事長あて
住所 東京都千代田区神田駿河台4丁目6
氏名 埼玉 美香 電話 03 (5289) 0751

① 被保険者管理番号	30	② 個人番号 [顔写真あり]	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																	
③ 被保険者氏名	埼玉 美香	④ 被保険者生年月日	5 昭和	0 9	0 4	0 2														
⑤ 子の氏名	埼玉 悠人	⑥ 子の生年月日	7 平成	0 7	1 1	0 1														

被保険者欄	⑧ 支給月	⑨ 給付額	⑩ 返還	⑪ 返納	⑫ 合計	⑬ 累計
給与支給月及び報酬月額	11 月	0 円	0 円	0 円	0 円	5 3 0 0 0 0 円
	12 月	30 日	255,000 円	0 円	255,000 円	平均額 2 6 5 0 0 0 円
	1 月	31 日	275,000 円	0 円	275,000 円	修正平均額

⑭ 従前標準報酬月額	280 千円	⑮ 算給開始	1 昇給 2 降給	⑯ 選及支払額	⑰ 選定年月	R9 年 2 月
------------	--------	--------	-----------	---------	--------	----------

⑱ 給与算出日	末	⑲ 算出日	25 日	⑳ 備考	1. 70歳以上被用者 2. 二以上勤務被保険者 3. 短時間労働者 (特定適用事業所等) 4. パート 5. その他 ()
---------	---	-------	------	------	---

⑳ 育児休業等終了した日の翌日に引き続いて、産前産後休業を開始していませんか。 開始していません ※ 育児休業等終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始した場合は、この申出はできません。

○ **育児休業等終了時報酬月額変更届とは**
「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」による満3歳未満の子を養育するための育児休業等（育児休業及び育児休業に準ずる休業）終了日に3歳未満の子を養育している被保険者は、一定の条件を満たす場合、随時改定に該当しなくても、育児休業終了日の翌日属する月以後3カ月間に受けた報酬の平均額に基づき、4カ月目の標準報酬月額から決定することができます。ただし、育児休業等を終了した日の翌日に引き続いて産前産後休業を開始した場合は、この申出はできません。

○ **変更後の標準報酬月額が以前より下がった方へ**
3歳未満の子を養育する被保険者または被保険者であった方で、養育期間中の各月の標準報酬月額が、養育開始月の前月の標準報酬月額を下回る場合、「養育期間の従前標準報酬月額みなし措置」という制度をご利用いただけます。この申出をいただきますと、将来の年金額の計算時には養育期間以前の従前標準報酬月額を用いることができますので、『育児休業等終了時報酬月額変更届』とあわせて、『養育期間標準報酬月額特例申出書』を提出してください。

問⑫ 申請書を作成してみよう

育児休業給付金受給資格確認票・（初回）育児休業給付金/出生後休業支援給付金支給申請書

- 被保険者：埼玉美香（サイタマミカ）
- 雇用保険被保険者番号：1234-999999-9
- 資格取得年月日：令和3年4月1日
- 出産年月日：令和7年11月1日
- 出産予定年月日：令和7年11月1日
- 育児休業開始年月日：令和7年12月28日
- 住所：〒101-0062東京都千代田区神田駿河台4丁目6
- 電話番号：03-5289-0751
- 給付金の振込先は、公金受取口座を希望
- 配偶者は自営業者
- 受給資格確認と同時に初回の育児休業給付の申請を行う
- 支給単位期間：
 - ①令和7年12月28日～令和8年1月27日
 - ①令和8年1月28日～令和8年2月27日いずれも、労働なし、賃金支払いなし
- 事業主所在地：〒330-8686 埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2
- 事業所名称：株式会社けんぼ
- 事業主氏名：健保三郎
- 電話番号：048-826-4866
- 事業所番号：9999-999999-9
- 証明日：令和8年3月15日
- 申請日：令和8年3月15日

1歳延長時に有効な入所保留通知等の発行日

1歳に達する日	1歳に達する日の翌日（この時点で保育が実施されないことがわかること	1歳に達する日の翌日の2か月前以降に発行されていること
R8.10.31	R8.11.1	R8.9.1

R8.9.1より前に発行されている場合は、保留の有効期限に子が1歳に達する日の翌日が含まれている＆新たに交付されない場合は確認書類として使用できる

1歳6か月延長時に有効な入所保留通知等の発行日

1歳6か月に達する日	1歳6か月に達する日の翌日（この時点で保育が実施されないことがわかること	1歳に達する日の翌日の2か月前以降に発行されていること
R9.4.30	R9.5.1	R9.3.1

R9.3.1より前に発行されている場合は、保留の有効期限に子が1歳6か月に達する日の翌日が含まれている＆新たに交付されない場合は確認書類として使用できる

誕生日	育児時短開始日	180日目	181日目	1歳に達する日	1歳6か月に達する日	2歳に達する日
2024/1/23 R6.1.23	2026/4/2 R7.4.2	2026/9/29 R7.9.29	2026/9/30 R7.9.30	2025/1/22 R7.1.22	2025/7/22 R7.7.22	2026/1/22 R8.1.22
				給付金支給日		R8.1.21

育児時短就業休業給付申請管理表 2歳未満の子を時短で養育する場合

株式会社〇〇 〇〇 〇〇 様

注意事項

定期代まとめて支払われているので申請時必ず確認

令和07年4月	令和07年5月	令和07年6月	令和07年7月	令和07年8月	令和07年9月	令和07年10月	令和07年11月	令和07年12月	令和08年1月	令和08年2月	令和08年3月	令和08年4月
1回目		2回目		3回目		4回目		5回目		6回目		7回目
申請期間		申請期間		申請期間		申請期間		申請期間		申請期間		申請期間
R7.6.1	R7.7.31	R7.8.1	R7.9.30	R7.10.1	R7.11.30	R7.12.1	R8.1.31	R8.2.1	R8.3.31	R8.4.1	R8.5.31	
申請時期目安		申請時期目安		申請時期目安		申請時期目安		申請時期目安		申請時期目安		申請時期目安
2025年6月		2025年8月		2025年10月		2025年12月		2026年2月		2026年4月		1900年1月
				定期代 R7.6月 ~10月12,503 円 11月 12,505円				1 2月支給時 は、定期代が3か 月分なので注 意！！通勤手当 を一回控除	39600÷3= 13,200円を12 月1月2月の各 月に加算			
申請日	結果処理日	申請日	結果処理日	申請日	結果処理日	申請日	結果処理日	申請日	結果処理日	申請日	結果処理日	申請日/処理日
2025/7/16		2025/11/20		2025/12/12		2026/1/5						

産前産後休業期間などの確認
働く女性の心とからだの応援サイト
<https://www.bosei-navi.mhlw.go.jp/>

新潟ハローワーク
雇用保険関係書類記入例作成お役立ちツール
https://jsite.mhlw.go.jp/niigata-hellowork/newpage_01284.html

育児・介護休業等に関する規則の規定例
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000103533.html>

厚生労働省 育児休業制度 特設サイト
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/ikuji/

今回の資料は、日本年金機構のHPや関連資料、厚生労働省HPや関連HPの情報をもとに作成しています