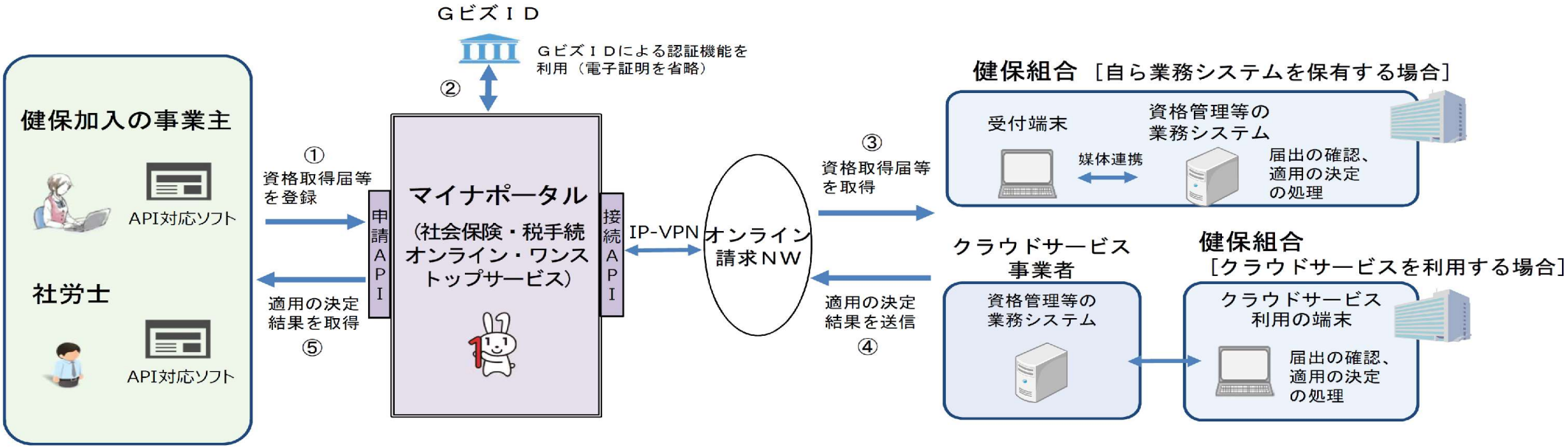
適用･資格･徴収関係届出書の記入方法
＜令和5年度版＞

茨城県農協健康保険組合

健康保険組合への電子申請について



○電子申請を使った届出

①事業主や社労士は、マイナポータルへの申請機能を有した人事・給与システムを活用して、健保に提出する関連手続きを電子申請します。

②事業主等からの申請は、申請データへの電子署名またはGビズIDによる資格情報確認により申請者の確認を行います。

③健保は、事業主等から送信された申請データを健保に設置する端末又はクラウドサービスからダウンロードします。

④健保は事務処理後、届出に対する決定結果を送信します。

⑤事業主等は、届出の状況や決定結果をマイナポータルで確認します。

○電子申請が可能な届出

1．被保険者資格取得届
2．被保険者資格喪失届
3．被扶養者異動届
4．被保険者報酬月額算定基礎届
5．被保険者報酬月額変更届
6．被保険者賞与支払届
7．産前産後休業取得者申出書（変更・終了）
8．育児休業等取得者申出書（新規・延長）
9．産前産後休業終了時報酬月額変更届
10．育児休業等終了時報酬月額変更届

＜ も く じ ＞

１．被保険者資格取得届 ―― １～２
２．給付金振込依頼書 ―― ３
３．被保険者資格証明書 ―― ４
４．被保険者資格喪失届 ―― ５～６
５．被保険者証回収不能届 ―― ７～８
６．被保険者証（高齢受給者証）再交付申請書 ―― ９～１０
７．被扶養者異動届 ―― １１～１２（家族を被扶養者にする場合）
８．扶養関係現況書 ―― １３
９．被扶養者異動届に添付する証明書等一覧 ―― １４～１５
１０．被扶養者異動届 ―― １６～１７（家族を被扶養者から削除する場合）
１１．被保険者区分変更届 ―― １８
１２．任意継続被保険者資格取得申出書 ―― １９～２０
１３．任意継続被保険者資格喪失申出書 ―― ２１（就職等により健康保険を喪失する場合）
１４．任意継続被保険者資格喪失申出書 ―― ２２（家族のみ資格を削除する場合）
１５．産前産後休業取得者申出書 ―― ２３～２６
１６．育児休業取得者申出書 ―― ２７～３０
１７．被保険者報酬月額算定基礎届 ―― ３１～３２
１８．被保険者報酬月額変更届 ―― ３３～３４
１９．産前産後休業終了時報酬月額変更届 ―― ３５～３６
２０．育児休業終了時報酬月額変更届 ―― ３７～３８
２１．被保険者賞与支払届 ―― ３９～４０

保険料額一覧表（2023年度版）・・・・・・・・・・・４１
届出書（申請書）･回収済保険証等 送付書・・・４２

健康保険　被保険者資格取得届（職員やパートなど採用した場合）

（事業所）
所在地　〒３１０－○○○○
水戸市梅香1丁目○番地○号
名　称　○○○協同組合
事業主　代表理事組合長　　茨城　太郎

事業所記号		
1	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係
	記入例		

令和　５年　５月　１日　提出

正　**健康保険　被保険者資格取得届**　☑ 新規　☐ 訂正　健保事務担当者確認欄 ☑

	① 被保険者番号	短時間労働者	② フリガナ 氏名	ケンポ イチロウ 健保 一郎	③ 生年月日	昭和 ☐ 平成 ☑ 8年10月10日	④ 年齢	⑤ 性別	⑪ 備考
1		☐					26歳	男 ☑ 女 ☐	新規採用 ☑ 再雇用 ☐ 契約・嘱託 ☐ 転入 ☐ ( )
2		☐		ケンポ ジロウ 健保 次郎		昭和 ☐ 平成 ☑ 2年11月10日	32歳	男 ☑ 女 ☐	新規採用 ☐ 再雇用 ☐ 契約・嘱託 ☐ 転入 ☑ (○○協同サービス)
3		☐		ケンポ サブロウ 健保 三郎		昭和 ☐ 平成 ☑ 3年12月10日	31歳	男 ☑ 女 ☐	新規採用 ☐ 再雇用 ☐ 契約・嘱託 ☑ 転入 ☐ ( )
4		☐		ケンポ ハナコ 健保 花子		昭和 ☑ 平成 ☐ 38年2月10日	60歳	男 ☐ 女 ☑	新規採用 ☐ 再雇用 ☑ 契約・嘱託 ☐ 転入 ☐ ( )
5		☑		ケンポ ゴロウ 健保 五郎		昭和 ☑ 平成 ☐ 40年9月27日	57歳	男 ☑ 女 ☐	新規採用 ☐ 再雇用 ☐ 契約・嘱託 ☑ 転入 ☐ ( )

	⑥ 取得年月日	⑦ 個人番号	⑧ 報酬月額 ㋐金銭	㋑現物	㋒合計	⑨ 標準報酬月額	⑩ 被扶養者
1	令和 5年5月1日	× × × × × × × × × × × ×	172,100円	0円	172,100円	170千円	有 ☐ 無 ☑
2	令和 5年5月1日	× × × × × × × × × × × ×	185,200円	円	185,200円	190千円	有 ☑ 無 ☐
3	令和 5年5月1日	× × × × × × × × × × × ×	168,500円	0円	168,500円	170千円	有 ☐ 無 ☑
4	令和 5年4月1日	× × × × × × × × × × × ×	195,000円	0円	195,000円	200千円	有 ☐ 無 ☑
5	令和 5年5月1日	× × × × × × × × × × × ×	88,000円	0円	88,000円	88千円	有 ☐ 無 ☑

注意事項
・この届出書は、正・副２通とも提出して下さい。なお、事業主欄の事業主印は省略できます。
・健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。
・届出内容に訂正等があった場合、訂正に☑を付け、訂正箇所を赤字で記入し再提出して下さい。
・備考欄の「転入」は関連事業所間の転籍、または茨城県厚生連および協同病院間の転籍（転勤）があった場合のみ記入して下さい。
・定年後再雇用の場合、労働契約書のコピーを添付して下さい。
・被保険者に家族がいる場合「被扶養者異動届」を併せて提出して下さい。

令和5年5月改訂版

受付　処理年月日

■正・副2通作成して下さい。

■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

① 被保険者番号は記入しないで下さい。健保組合が記入します。
特定適用事業所の短時間労働者である場合、☑して下さい。

②③④⑤ 取得者の氏名ﾌﾘｶﾞﾅ及び生年月日、年齢、性別を記入して下さい。

⑥ 取得年月日を記入して下さい。資格取得日は、使用関係が実際に発生した日、（特定適用事業所の場合、短時間労働者の要件に該当した日）辞令年月日などです。

⑦ 個人番号を記載して下さい。「副」（控）には記載する必要はありません。

⑧ 報酬月額は、同様の職種や年齢の方の報酬を参考に㋐金銭・㋑現物に分けて記入し、㋒合計についても記入して下さい。

⑨ 標準報酬月額は、「保険料額一覧表」（P41）を参考に記入して下さい。

⑩ 取得者に「被扶養者」がいれば「有」に☑、いなければ「無」に☑を付けて下さい。

⑪ 備考欄は取得する理由について、当てはまるものに☑を付けて下さい。

注意事項
・この届出書は、正・副２通とも提出して下さい。なお、事業主欄の事業主印は省略できます。
・健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。
・届出内容に訂正等があった場合、訂正に☑を付け、訂正箇所を赤字で記入し再提出して下さい。
・備考欄の「転入」は関連事業所間の転籍、または茨城県厚生連および協同病院間の転籍（転勤）があった場合のみ記入して下さい。
・定年後再雇用の場合、労働契約書のコピーを添付して下さい。
・被保険者に家族がいる場合「被扶養者異動届」を併せて提出して下さい。

（事業所）
所在地
名　称
事業主

〒３１０－〇〇〇〇
水戸市梅香1丁目〇番地〇号
〇〇〇協同組合
代表理事組合長　茨城　太郎　殿

事業所記号　1　0　0

記入例

〒３１０－００２２
茨城県水戸市梅香1-5-5
JA会館分館5F
TEL.029-232-2270
茨城県農協健康保険組合　理事長

副

健康保険　被保険者資格取得確認通知書

	① 被保険者番号	短時間労働者	② フリガナ 氏名	③ 生年月日	④ 年齢	⑤性別	⑪備考
1	50	☐	ケンポ 健保 / イチロウ 一郎	昭和 ☐ 平成 ☑ 8 年 10 月 10 日	26 歳	男 ☑ 女 ☐	
2	51	☐	ケンポ 健保 / ジロウ 次郎	昭和 ☐ 平成 ☑ 2 年 11 月 10 日	32 歳	男 ☑ 女 ☐	
3	52	☑	ケンポ 健保 / サブロウ 三郎	昭和 ☐ 平成 ☑ 3 年 12 月 10 日	31 歳	男 ☑ 女 ☐	
4	53	☐	ケンポ 健保 / ハナコ 花子	昭和 ☑ 平成 ☐ 38 年 2 月 10 日	60 歳	男 ☐ 女 ☑	
5	54	☑	ケンポ 健保 / ゴロウ 五郎	昭和 ☑ 平成 ☐ 40 年 9 月 27 日	57 歳	男 ☑ 女 ☐	

	⑥ 取得年月日	⑦ 個人番号	⑧ 報酬月額 ㋐金銭	㋑現物	㋒合計	⑨ 標準報酬月額	⑩ 被扶養者
1	令和 5 年 5 月 1 日	1枚目のみ記入して下さい。	172,100 円	円	172,100 円	1 7 0 千円	有 ☐ 無 ☑
2	令和 5 年 5 月 1 日	1枚目のみ記入して下さい。	185,200 円	0 円	185,200 円	1 9 0 千円	有 ☑ 無 ☐
3	令和 5 年 5 月 1 日	1枚目のみ記入して下さい。	168,500 円	0 円	168,500 円	1 7 0 千円	有 ☐ 無 ☑
4	令和 5 年 5 月 1 日	1枚目のみ記入して下さい。	195,000 円	0 円	195,000 円	2 0 0 千円	有 ☐ 無 ☑
5	令和 5 年 5 月 1 日	1枚目のみ記入して下さい。	88,000 円	0 円	88,000 円	8 8 千円	有 ☐ 無 ☑

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官（地方厚生局内）に対して審査請求をすることができます。（また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取り消しの訴えを提起することができます。）
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定または裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）
なお、審査請求があった日から2ヶ月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

確認印

令和5年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

〇健保組合が記載した被保険者番号を確認して下さい。

〇確認通知書に記載された人数と保険証の交付枚数が合っているか確認して下さい。
　また、保険証の記載内容についても誤りがないか確認して下さい。

（取得要件）

健康保険に適用されている事業所に使用されている人は、本人の意思に関わらず、原則として全て被保険者となります。
使用されている人が正規の場合はもちろん、パート・臨時・嘱託等の身分に関わりなく、労務の対償として賃金が支払われ、かつ就労日数（時間）が正規雇用者の「3／4以上」であれば被保険者となります。
ただし、次に該当する場合は被保険者とはなりません。①2ヶ月以内の期間を定め臨時雇用された人、②日々雇い入れられる人、③季節的に4ヶ月以内の期間を定めて使用される人、④後期高齢者医療制度の被保険者である人、等々。

（短時間労働者）

就労日数（時間）が正規雇用の3／4未満の短時間労働者については、次の①から⑤全てに当てはまる場合、健康保険の被保険者資格を取得します。
①週の所定労働時間が20時間以上
②賃金（月額）が88,000円（年収106万円）以上
③学生でないこと
④従業員が101人以上の特定適用事業所に使用されていること
ただし、101人未満の事業所であっても労使合意があれば被保険者資格を取得できます。

（継続再雇用）

60歳以上の方で継続再雇用される職員は健康保険を再取得することができます。必ずしも再取得が義務化されているものではありません。（再取得を希望しない場合は、従前の資格を継続します。）

健康保険　給付金振込依頼書（新規・変更・受領委任・公金受取口座）（健保から振り込まれる給付金の口座登録）

記入例

事業所名称	○○○協同組合	事業所記号 1 0 0	常務理事	事務長	業務課長	係

確認欄	この届出については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。
☑	

健保事務担当者確認欄 ☑

☑ 新規・変更
☐ 受領委任
☐ 公金受取口座

健康保険　保険給付金振込依頼書

私が受け取る保険給付金の振込先は、下記の口座（受領委任の場合は事業主が指定する口座）に指定します。

① 被保険者番号	77	② ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	ｲﾊﾉｳ ｲﾁﾛｳ 茨農　一郎	③生年月日 ☐昭和 ☑平成 2 年 12 月 12 日	④ 年齢 32 歳	⑤性別 ☑男 ☐女

1 金融機関の口座を指定する場合

⑥ コード番号	1 0 0 0	コード番号	0 0 1	☑ 普通 ☐ 当座	× × × × × × ×
金融機関	○○○銀行	☑ 本店 ☐ 支店	本店		

2 事業主に受領委任する場合

健康保険給付金に関する受領を事業主に委任します。	（住所）
	（氏名）

⑦事業所記入欄	（事業所）所在地 名称 事業主			
コード番号		コード番号		☐ 普通 ☐ 当座
金融機関		☐ 本店 ☐ 支店		
名義人		フリガナ		

3 ⑧公金受取口座を指定する場合　☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を指定します。　※指定する場合は☑して下さい。

（注意）保険事業関係の補助金（健診及びインフルエンザ予防接種等）の振込先として、公金受取口座を指定するこはできません。

（注意）
・金融機関のコード番号は、健保事務担当者が記入して下さい。
・保険給付金の振込先は、JA以外の金融機関についても指定することができます。
・事業主に受領委任する場合、「２」の欄に必要事項記入のうえ委任をお願いします。なお、被保険者の住所および氏名は自署して下さい。
・被保険者の捺印は省略することができます。
・事業主欄の下にある「確認欄」は必ず被保険者が☑を付けて下さい。
・健保事務担当者確認欄は、事業所の担当者が☑を付けて下さい。
・マイナポータル等で事前登録した公金受取口座についても給付金振込先として指定できます。

受付印

処理年月日

令和5年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

■確認欄は必ず被保険者が☑を付けて下さい。
■県内JA又は信連以外の金融機関の口座も登録できます。
■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

■新規・変更、受領委任、公金受取口座いずれかに☑し、被保険者１人につき1部作成して下さい。

① 新規の場合、被保険者番号は記入しないで下さい。健保組合が記入します。

②③④⑤ 新規または変更する方の氏名ﾌﾘｶﾞﾅ及び生年月日、年齢、性別を記入して下さい。

⑥ 希望する金融機関の名称および本支店名、普通・当座の別、口座番号を記載して下 さい。金融機関コードは事業所のご担当者様が記載して下さい。

⑦ この欄は事業主への委任状となります。事業所において記載願います。事業所の口座名義および本支店名、普通・当座の別、口座番号、金融機関コードを記載して下さい。(事業主の押印は不要です。)被保険者の署名は直筆でお願いします。

⑧ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座の登録を希望する場合、☑して下さい。（次ページを参照して下さい。）

3	⑧公金受取口座を指定する場合	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を指定します。　※指定する場合は☑して下さい。
	（注意）保険事業関係の補助金（健診及びインフルエンザ予防接種等）の振込先として、公金受取口座を指定するこはできません。	

マイナポータル等で事前登録した預貯金口座を保険給付金の振込先として活用できます（公金受取口座登録制度）

○公金受取口座登録制度の概要

公金受取口座登録制度は、国民が金融機関に保有する預貯金口座について、一人一口座、給付金等の受取のための口座として、国（デジタル庁）に任意に登録する制度です。

預貯金口座の情報をマイナンバーとともに事前に国（デジタル庁）に登録することにより、児童手当や年金等の公的給付に加え今後の緊急時の給付金等の申請において、行政機関における手続きや口座情報の確認作業が不要となります。

この度、公金受取口座登録制度が始まったことにより、健康保険の保険給付金についても、公金受取口座を活用できることとなりました。

○公金受取口座を活用できる保険給付金

①本人・家族療養費
②本人・家族療養費（治療用装具）
③傷病手当金
④出産手当金
⑤本人・家族出産育児一時金
⑥本人・家族埋葬料
⑦本人・家族高額療養費（世帯合算・多数該当含む）
⑧一部負担還元金・付加給付

⑦⑧については、支給申請の必要がないため、右の「保険給付金振込依頼書」において、公金受取口座を登録する旨、健保まで提出願います。

なお、公金受取口座の活用を希望されない場合、従来より健保に登録されている口座へ振り込みいたします。

記入例

事業所名称	○○○協同組合	事業所記号	1	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係

確認欄	この届出については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。
☑	

健保事務担当者確認欄	☑

健康保険　保険給付金振込依頼書

☐ 新規・変更
☐ 受領委任
☑ 公金受取口座

私が受け取る保険給付金の振込先は、下記の口座（受領委任の場合は事業主が指定する口座）に指定します。

① 被保険者番号	77	② フリガナ 氏名	イバノウ イチロウ 茨農 一郎	③生年月日	☐ 昭和 ☑ 平成 2 年 12 月 12 日	④ 年齢	32 歳	⑤性別	☑ 男 ☐ 女

1 金融機関の口座を指定する場合

⑥ コード番号		コード番号		☐ 普通 ☐ 当座
金融機関		☐ 本店 ☐ 支店		

2 事業主に受領委任する場合

健康保険給付金に関する受領を事業主に委任します。	（住所） （氏名）

⑦事業所記入欄				
（事業所） 所在地 名称 事業主				
コード番号		コード番号		☐ 普通 ☐ 当座
金融機関		☐ 本店 ☐ 支店		
名義人		フリガナ		

3

⑧公金受取口座を指定する場合	☑ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を指定します。 ※指定する場合は☑して下さい。
（注意） 保険事業関係の補助金（健診及びインフルエンザ予防接種等）の振込先として、公金受取口座を指定するこはできません。	

（注意）
・金融機関のコード番号は、健保事務担当者が記入して下さい。
・保険給付金の振込先は、JA以外の金融機関についても指定することができます。
・事業主に受領委任する場合、「２」の欄に必要事項記入のうえ委任をお願いします。なお、被保険者の住所および氏名は自署して下さい。
・被保険者の捺印は省略することができます。
・事業主欄の下にある「確認欄」は必ず被保険者が☑を付けて下さい。
・健保事務担当者確認欄は、事業所の担当者が☑を付けて下さい。
・マイナポータル等で事前登録した公金受取口座についても給付金振込先として指定できます。

受付印

処理年月日

令和5年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

3－2

公金受取口座登録制度ってなんだろう？

（こうきんうけとりこうざ）

登録方法は？

どう利用するの？

メリットって？

マイナンバーカードでマイナポイント 第2弾

最大２万円分のマイナポイントがもらえる！

マイナンバーＰＲキャラクター
マイナちゃん

デジタル庁　総務省

マイナちゃんに聞いてみよう！ よくあるご質問について

Q 口座を登録したら、預金残高が国に把握されてしまうの？

大丈夫！ 国に登録されるのは、「金融機関名」や「口座番号」などの情報です。預金残高などが知られることはないから安心してね！

Q 口座を登録したら、税金が勝手に引き落とされるの？

大丈夫！ 登録した口座から、税金などが勝手に引き落とされることはありません。公金受取口座は、給付金などの支給のために利用されるよ。

Q マイナンバーカードを失くしたり盗まれたりしたら悪用されないか心配だわ

大丈夫！ マイナンバーカードに、公金受取口座の情報が記録されることはありません。もしカードの紛失・盗難にあった場合でも、本人以外は利用できないし、24時間365日、マイナンバー総合フリーダイヤルでカードの一時利用停止を受け付けているよ。

もっと詳しく知りたい方はこちらをチェック！
デジタル庁「公金受取口座登録制度」
https://www.digital.go.jp/policies/posts/account_registration

マイナンバーカードの申請方法

交付申請書をお持ちの方は、以下4つの方法から申請できます！

スマートフォン（イチオシ！）

半分以上の人がオンラインからの申請なんだって！

❶ スマホで顔写真を撮影。
❷ スマホで交付申請書の２次元バーコードを読み取る。
❸ 申請用 WEB サイトでメールアドレスを登録。
❹ 申請者専用 WEB サイトの URL が届いたら、顔写真を登録、必要事項を入力して申請完了。

交付申請書

パソコン

交付申請書に記載の申請書 ID が必要だよ

申請書 ID

❶ カメラで顔写真を撮影。
❷ 申請用 WEB サイトでメールアドレスを登録。
❸ 申請者専用 WEB サイトの URL が届いたら、顔写真を登録、必要事項を入力して申請完了。

交付申請書

証明用写真機

❶ タッチパネルから「個人番号カード申請」を選択。
❷ 撮影用の料金を投入して、交付申請書の２次元バーコードをバーコードリーダーにかざす。
❸ 画面の案内にしたがって、必要事項を入力。
❹ 画面の案内にしたがって、顔写真を撮影して送信し、申請完了。

郵便

❶ 交付申請書に必要事項を記入し、６ヶ月以内に撮影した顔写真を貼り付けて郵送し、申請完了。

カードの仕上がりが早いスマホでの申請がおすすめ！

交付申請書をお持ちでない方は、

❶ 専用サイトから手書き用の交付申請書と封筒をダウンロードすれば、郵便で申請ができます！プリントアウトしてご利用ください。
※手書き用の交付申請書には、顔写真の貼付とマイナンバーの記入が必要です。
マイナンバーカード 郵便

❷ 市区町村の窓口でも、交付申請書を再発行しています。本人確認書類（運転免許証、パスポート等）を持参の上、お住まいの市区町村へ行きましょう。

マイナンバー制度、マイナンバーカードについてのお問合せ

マイナンバー総合フリーダイヤル（マイナンバー）
0120-95-0178

受付時間　平　日：9時30分～20時00分
土日祝：9時30分～17時30分（年末年始を除く）

紛失・盗難によるマイナンバーカードの一時利用停止については２４時間３６５日受付！

■一部のＩＰ電話等で上記ダイヤルに繋がらない場合

マイナンバーカード等 **050-3818-1250**

その他のお問合せ **050-3816-9405**

■英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語等対応のフリーダイヤル
This telephone number is toll-free corresponding to English, Chinese, Korean, Spanish and Portuguese, etc.

マイナンバー制度について **0120-0178-26**
Inquiries about the Social Security and Tax Number System.

マイナンバーカード等 **0120-0178-27**
Inquiries about Individual Number Card etc.

健康保険　被保険者資格証明書（保険証の交付手続き中のため保険証が手元にないとき）

正　**記入例**　健康保険　被保険者資格証明書

交付年月日　令和　5年　5月　1日

保険者	番　号	06080352
	名　称	茨城県農協健康保険組合
	所在地	茨城県水戸市梅香１丁目５番５号　JA会館分館5F
	連絡先	029−232−2270

被保険者	①被保険者証	記号	100	番号	520	資格取得日	□ 平成 ☑ 令和	5	年	5	月	1	日			
	②被保険者氏名	フリガナ	ケンコウ　ヨシオ													
		氏　名	健康　良夫													
	③生年月日・性別	□ 昭和 ☑ 平成 □ 令和	5	年	9	月	3	日	29	歳	性別	☑ 男 □ 女				
	④証明書発行理由	「被保険者証」発行手続き中のため														
被扶養者	⑤被保険者証	記号	100	番号	520	認定日	□ 平成 ☑ 令和	5	年	5	月	1	日			
	⑥被扶養者	フリガナ	ケンコウ　ハナコ													
		氏　名	健康　花子													
	⑦生年月日・性別	□ 昭和 ☑ 平成 □ 令和	6	年	1	月	6	日	29	歳	性別	□ 男 ☑ 女				
	⑧証明書発行理由	「被保険者証」発行手続き中のため														
被扶養者	被保険者証	記号	100	番号	520	認定日	□ 平成 ☑ 令和	5	年	5	月	1	日			
	被扶養者	フリガナ	ケンコウ　イチロウ													
		氏　名	健康　一郎													
	生年月日	□ 昭和 ☑ 平成 □ 令和	28	年	10	月	20	日	6	歳	性別	☑ 男 □ 女				
	証明書発行理由	「被保険者証」発行手続き中のため														
被扶養者	被保険者証	記号	100	番号	520	認定日	□ 平成 ☑ 令和	5	年	5	月	1	日			
	被扶養者	フリガナ	ケンコウ　ヨシコ													
		氏　名	健康　良子													
	生年月日	□ 昭和 ☑ 平成 □ 令和	30	年	4	月	27	日	5	歳	性別	□ 男 ☑ 女				
	証明書発行理由	「被保険者証」発行手続き中のため														

事業所	上記の者について、健康保険の被保険者（被扶養者）資格を有することを証明します。 （事業所）　〒３１０−○○○○ 住　所　水戸市梅香1丁目○番地○号 名　称　○○○協同組合 事業主　代表理事組合長　茨城　太郎　㊞	有効期限 令和　5　年　5　月　8　日 （※）有効期限が過ぎましたら健康保険組合に返却して下さい。

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

■資格証明書は、事業主の証明で交付できます。正・副2通作成のうえ、「副」は健康保険組合に送付して下さい。

① 被保険者証の記号・番号および資格取得日を記入して下さい。
取得日および番号は健保組合に問い合わせ下さい。

②③ 被保険者の氏名ﾌﾘｶﾞﾅ及び生年月日、年齢、性別を記入して下さい。

④ 証明書発行理由は、印字されています。異なる理由のときは追記して下さい。

⑤ 被扶養者欄についても、記号・番号を記入して下さい。認定日は健康保険組合に問い合わせ下さい。

⑥⑦ 被扶養者の氏名ﾌﾘｶﾞﾅ及び生年月日、年齢、性別を記入して下さい。

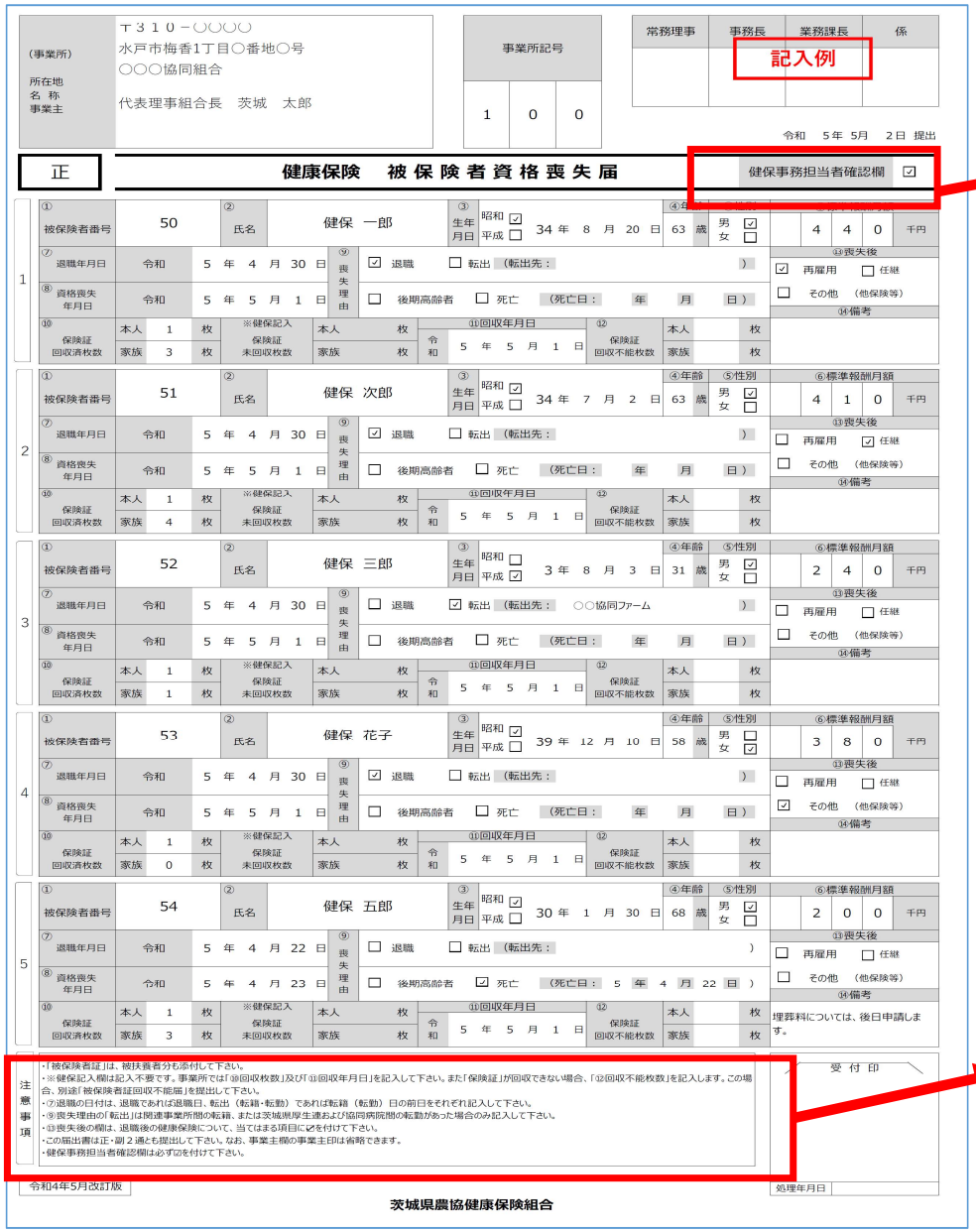
⑧ 証明書発行理由は、印字されています。異なる理由のときは追記して下さい。

（注意事項）

「被保険者資格証明書」を発行するときは、次のことに注意して下さい。

①証明書の有効期限は、発行日から5日以内です。
②有効期間内に「保険証」が発行された場合、「資格証明書」は健康保険組合まで返却して下さい。
③「資格証明書」の（正）は、本人に渡し、（副）は健康保険組合の控えとして送付願います。事業所の控えは（正）をコピーして下さい。
④有効期限がきましたら、速やかに（正）についても健康保険組合まで送付して下さい。

健康保険　被保険者資格喪失届（職員が退職又は定年再雇用する場合など）



（事業所）所在地 名称 事業主：〒３１０－○○○○　水戸市梅香1丁目○番地○号　○○○協同組合　代表理事組合長　茨城　太郎

事業所記号：1 0 0

常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 係　記入例

令和　5年 5月　2日 提出

正　健康保険　被保険者資格喪失届　健保事務担当者確認欄 ☑

	①被保険者番号	②氏名	③生年月日	④年齢	⑤性別	⑥標準報酬月額
1	50	健保 一郎	昭和☑ 平成☐ 34年 8月 20日	63歳	男☑ 女☐	440千円
2	51	健保 次郎	昭和☑ 平成☐ 34年 7月 2日	63歳	男☑ 女☐	410千円
3	52	健保 三郎	昭和☐ 平成☑ 3年 8月 3日	31歳	男☑ 女☐	240千円
4	53	健保 花子	昭和☑ 平成☐ 39年 12月 10日	58歳	男☐ 女☑	380千円
5	54	健保 五郎	昭和☑ 平成☐ 30年 1月 30日	68歳	男☑ 女☐	200千円

	⑦退職年月日	⑧資格喪失年月日	⑨喪失理由	⑩保険証回収済枚数 本人	家族	※健保記入 保険証未回収枚数 本人	家族	⑪回収年月日	⑫保険証回収不能枚数 本人	家族	⑬喪失後	⑭備考
1	令和 5年4月30日	令和 5年5月1日	☑退職 ☐転出（転出先：　） ☐後期高齢者 ☐死亡（死亡日：　年　月　日）	1枚	3枚			令和 5年5月1日			☑再雇用 ☐任継 ☐その他（他保険等）	
2	令和 5年4月30日	令和 5年5月1日	☑退職 ☐転出（転出先：　） ☐後期高齢者 ☐死亡（死亡日：　年　月　日）	1枚	4枚			令和 5年5月1日			☐再雇用 ☑任継 ☐その他（他保険等）	
3	令和 5年4月30日	令和 5年5月1日	☐退職 ☑転出（転出先：○○協同ファーム） ☐後期高齢者 ☐死亡（死亡日：　年　月　日）	1枚	1枚			令和 5年5月1日			☐再雇用 ☐任継 ☐その他（他保険等）	
4	令和 5年4月30日	令和 5年5月1日	☑退職 ☐転出（転出先：　） ☐後期高齢者 ☐死亡（死亡日：　年　月　日）	1枚	0枚			令和 5年5月1日			☐再雇用 ☐任継 ☑その他（他保険等）	
5	令和 5年4月22日	令和 5年4月23日	☐退職 ☐転出（転出先：　） ☐後期高齢者 ☑死亡（死亡日：5年4月22日）	1枚	3枚			令和 5年5月1日			☐再雇用 ☐任継 ☐その他（他保険等）	埋葬料については、後日申請します。

注意事項
- 「被保険者証」は、被扶養者分も添付して下さい。
- ※健保記入欄は記入不要です。事業所では「⑩回収枚数」及び「⑪回収年月日」を記入して下さい。また「保険証」が回収できない場合、「⑫回収不能枚数」を記入します。この場合、別途「被保険者証回収不能届」を提出して下さい。
- ⑦退職の日付は、退職であれば退職日、転出（転籍・転勤）であれば転籍（転勤）日の前日をそれぞれ記入して下さい。
- ⑨喪失理由の「転出」は関連事業所間の転籍、または茨城県厚生連および協同病院間の転勤があった場合のみ記入して下さい。
- ⑬喪失後の欄は、退職後の健康保険について、当てはまる項目に☑を付けて下さい。
- この届出書は正・副２通とも提出して下さい。なお、事業主欄の事業主印は省略できます。
- 健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。

受付印　処理年月日

令和4年5月改訂版　茨城県農協健康保険組合

■正・副2通作成して下さい。

■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

① 被保険者番号を記入して下さい。

②③④⑤ 喪失者の氏名ﾌﾘｶﾞﾅ及び生年月日、年齢、性別を記入して下さい。

⑥ 退職時の標準報酬月額を記入して下さい。

⑦ 退職した日付を記入して下さい。（契約内容の変更により通常の職員の3／4未満となった場合は記入不要です。）

⑧ 資格喪失日は、退職・死亡については、その日の翌日、転出（転籍・転勤）では異動辞令の日付となります。転出（転籍・転勤）とは事業所の子会社等への出向転籍およびJA茨城県厚生連では本所、協同病院間の異動をいいます。

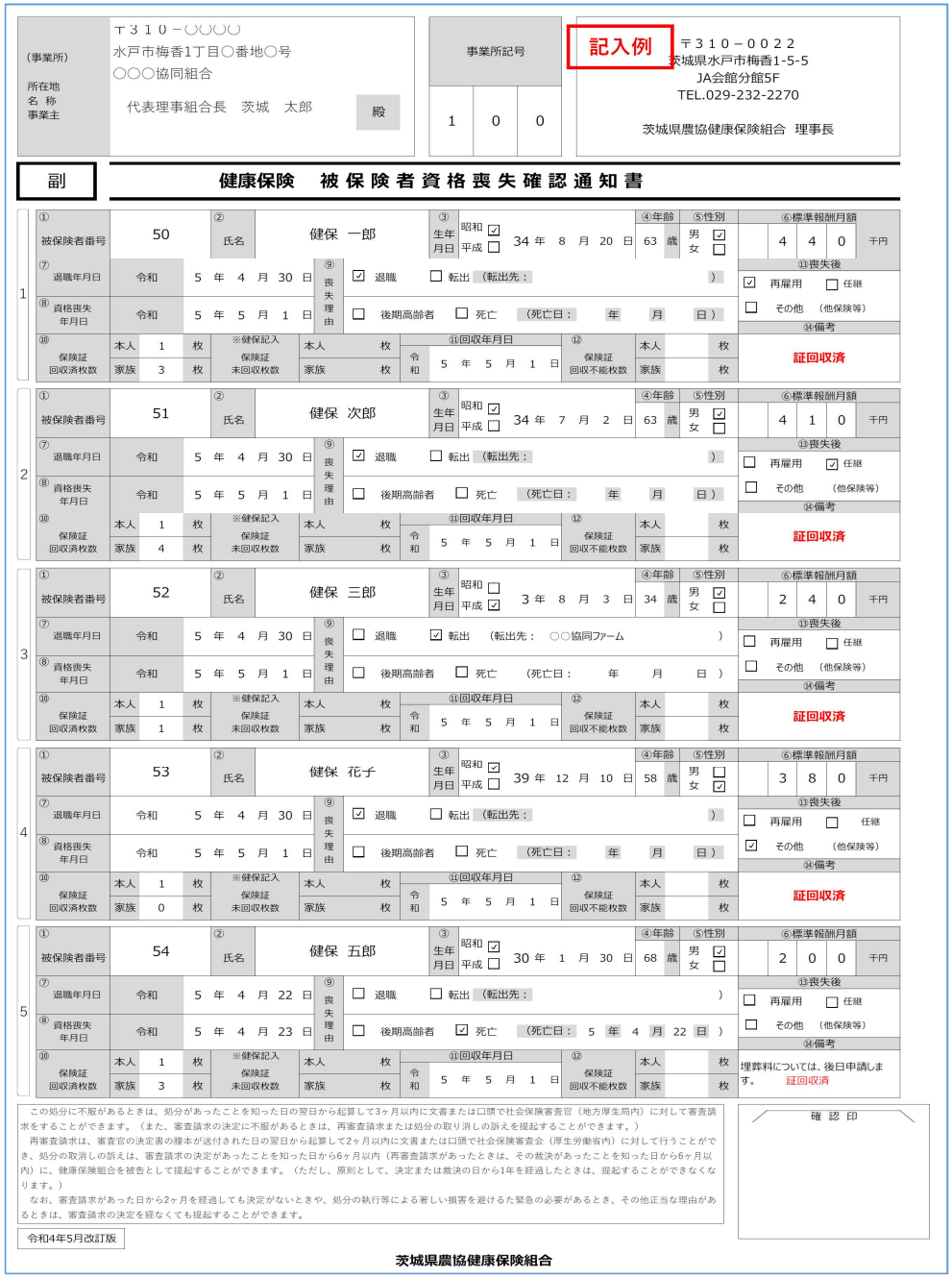
⑨ 喪失する理由に当てはまるものに☑を付けて下さい。転出の場合、転出先の事業所名称（略称可）を記入して下さい。

⑩⑪ 保険証の回収枚数を本人・家族に分けて記入して下さい。回収日についても記入して下さい。なお、未回収枚数は健保組合が記入しますので事業所においては記入不要です。

⑫ 被保険者または被扶養者の保険証が回収不能である場合記入して下さい。この場合、別途「被保険者証回収不能届」（P.7）を提出して下さい。

⑬ 資格喪失後の健康保険等について、当てはまる項目に☑を付けて下さい。

注意事項
- 「被保険者証」は、被扶養者分も添付して下さい。
- ※健保記入欄は記入不要です。事業所では「⑩回収枚数」及び「⑪回収年月日」を記入して下さい。また「保険証」が回収できない場合、「⑫回収不能枚数」を記入します。この場合、別途「被保険者証回収不能届」を提出して下さい。
- ⑦退職の日付は、退職であれば退職日、転出（転籍・転勤）であれば転籍（転勤）日の前日をそれぞれ記入して下さい。
- ⑨喪失理由の「転出」は関連事業所間の転籍、または茨城県厚生連および協同病院間の転勤があった場合のみ記入して下さい。
- ⑬喪失後の欄は、退職後の健康保険について、当てはまる項目に☑を付けて下さい。
- この届出書は正・副２通とも提出して下さい。なお、事業主欄の事業主印は省略できます。
- 健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。



(事業所)
所在地
名 称
事業主

〒310－○○○○
水戸市梅香1丁目○番地○号
○○○協同組合
代表理事組合長　茨城　太郎　殿

事業所記号		
1	0	0

記入例
〒310－0022
茨城県水戸市梅香1-5-5
JA会館分館5F
TEL.029-232-2270
茨城県農協健康保険組合　理事長

副　**健康保険　被保険者資格喪失確認通知書**

	①被保険者番号	②氏名	③生年月日	④年齢	⑤性別	⑥標準報酬月額
1	50	健保　一郎	昭和☑ 平成☐ 34年8月20日	63歳	男☑ 女☐	440千円
2	51	健保　次郎	昭和☑ 平成☐ 34年7月2日	63歳	男☑ 女☐	410千円
3	52	健保　三郎	昭和☐ 平成☑ 3年8月3日	34歳	男☑ 女☐	240千円
4	53	健保　花子	昭和☑ 平成☐ 39年12月10日	58歳	男☐ 女☑	380千円
5	54	健保　五郎	昭和☑ 平成☐ 30年1月30日	68歳	男☑ 女☐	200千円

	⑦退職年月日	⑧資格喪失年月日	⑨喪失理由	⑩保険証回収済枚数	※健保記入 保険証未回収枚数	⑪回収年月日	⑫保険証回収不能枚数	⑬喪失後	⑭備考
1	令和5年4月30日	令和5年5月1日	☑退職 ☐転出（転出先：　） ☐後期高齢者 ☐死亡（死亡日：　年　月　日）	本人1枚 家族3枚	本人　枚 家族　枚	令和5年5月1日	本人　枚 家族　枚	☑再雇用 ☐任継 ☐その他（他保険等）	証回収済
2	令和5年4月30日	令和5年5月1日	☑退職 ☐転出（転出先：　） ☐後期高齢者 ☐死亡（死亡日：　年　月　日）	本人1枚 家族4枚	本人　枚 家族　枚	令和5年5月1日	本人　枚 家族　枚	☐再雇用 ☑任継 ☐その他（他保険等）	証回収済
3	令和5年4月30日	令和5年5月1日	☐退職 ☑転出（転出先：○○協同ファーム） ☐後期高齢者 ☐死亡（死亡日：　年　月　日）	本人1枚 家族1枚	本人　枚 家族　枚	令和5年5月1日	本人　枚 家族　枚	☐再雇用 ☐任継 ☐その他（他保険等）	証回収済
4	令和5年4月30日	令和5年5月1日	☑退職 ☐転出（転出先：　） ☐後期高齢者 ☐死亡（死亡日：　年　月　日）	本人1枚 家族0枚	本人　枚 家族　枚	令和5年5月1日	本人　枚 家族　枚	☐再雇用 ☐任継 ☑その他（他保険等）	証回収済
5	令和5年4月22日	令和5年4月23日	☐退職 ☐転出（転出先：　） ☐後期高齢者 ☑死亡（死亡日：5年4月22日）	本人1枚 家族3枚	本人　枚 家族　枚	令和5年5月1日	本人　枚 家族　枚	☐再雇用 ☐任継 ☐その他（他保険等）	埋葬料については、後日申請します。 証回収済

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官（地方厚生局内）に対して審査請求をすることができます。（また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取り消しの訴えを提起することができます。）
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定または裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）
なお、審査請求があった日から2ヶ月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

確認印

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

○保険証を回収できていない被保険者がいる場合、引き続き回収に努めて下さい。

○2回以上の督促（文書での督促）に応じない場合、回収の見込みなしとし回収不能届を提出して下さい。

○確認通知書に記載された喪失者が次の健康保険へ加入する際、証明書等が必要な場合、当組合まで申し出て下さい。

（喪失要件）

被保険者が退職または死亡、あるいは転籍（転勤）となった場合や契約変更により通常の職員の3／4未満になった場合など、資格喪失します。資格喪失日は、退職または死亡日の翌日の日付、転籍（転勤）の場合には辞令日となります。
また、喪失届に添付する書類は次のとおりです。
①「健康保険被保険者証」（本人・家族）→交付枚数すべて
②「限度額適用認定証」・「高齢受給者証」等
③「健康保険被保険者証回収不能届」（上記①②が回収不能（紛失）の場合）

（任意継続被保険者）P.19を参照して下さい。

継続して2ヶ月以上被保険者だった者は、本人の希望により引き続き2年間任意で健康保険を継続できます。資格喪失日から20日以内の手続きが必要となります。保険証は保険料が振り込まれてから交付となります。

（再雇用）

60歳以上の方で継続再雇用される職員は健康保険を喪失し再取得することができます。必ずしも喪失が義務化されているものではありません。

健康保険　被保険者証回収不能届（資格喪失者の保険証等が回収できない場合）

（事業所） 所在地 名　称 事業主	〒310－○○○○ 水戸市梅香1丁目○番地○号 ○○○協同組合 代表理事組合長　茨城　太郎

事業所記号		
1	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係
	記入例		

健保事務担当者確認欄 ☑

健康保険　**被保険者証（高齢受給者証・限度額認定証）回収不能届**

被保険者情報							
① 被保険者番号	100	② ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	ｹﾝｺｳ / 健康	ﾘｮｳｲﾁ / 良一	③ 生年月日	昭和☑ 平成☐ 50 年 8 月 30 日	④ 年齢 47 歳
⑤ 住所 連絡先	（住　所）	水戸市千波町1丁目○○番地○号			⑥ 資格喪失年月日	☐平成 ☑令和 5 年 4 月 1 日	
	（連絡先）	029－232－○○○○	（携帯電話）	080－○○○○－○○○○			

督促状況 ⑦回収不能となったもの	⑧督促方法	⑨督促の結果および返納できない理由
☑ 被保険者証	☑ 電　話（ 自宅 携帯 ）	被保険者に電話及び文書で督促した結果、保険証は廃棄したとの説明を受けました。
☑ 高齢受給者証	☑ 文　書（ 1 回 ）	
☐ 限度額認定証	☐ その他（　　）	

回収不能対象者 ⑩氏名	⑪生年月日	⑫性別	⑬続柄	⑭回収不能となったもの	⑮備考
健康　幸子	☑昭和 ☐平成 52 年 7 月 20 日 ☐令和	☐男 ☑女	妻 ⑬年齢 45	☑被保険者証 ☐高齢受給者証 ☐限度額認定証	返納できない理由は、⑧に同じ。
氏　名	生年月日	性別	続柄	回収不能となったもの	備考
健康　一郎	☐昭和 ☑平成 15 年 3 月 1 日 ☐令和	☑男 ☐女	長男 年齢 20	☑被保険者証 ☐高齢受給者証 ☐限度額認定証	同上
氏　名	生年月日	性別	続柄	回収不能となったもの	備考
健康　花子	☐昭和 ☑平成 19 年 6 月 8 日 ☐令和	☐男 ☑女	長女 年齢 15	☑被保険者証 ☐高齢受給者証 ☐限度額認定証	同上
氏　名	生年月日	性別	続柄	回収不能となったもの	備考
健康　梅子	☑昭和 ☐平成 24 年 2 月 20 日 ☐令和	☐男 ☑女	母 年齢 74	☑被保険者証 ☑高齢受給者証 ☐限度額認定証	同上

上記の者について、被保険者証（高齢受給者証・限度額認定証）が回収不能であるため届出します。
なお、回収できた場合には、ただちに返納いたします。

注意
（注意）
○この届出は被保険者証・高齢受給者証・限度額認定証を返納できないときに提出します。
○文書で督促した場合、被保険者あて送付した文書のコピーを添付して下さい。
○事業主欄の押印は省略できます。
○健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。

受付印

処理年月日

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

■資格喪失した被保険者または被扶養者に交付した保険証が回収不能となった場合記入し提出して下さい。
■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

① 被保険者証の番号を記入して下さい。

②③④ 被保険者であった者の氏名ﾌﾘｶﾞﾅ及び生年月日、年齢を記入して下さい。

⑤ 被保険者であった者の住所および連絡先（携帯）を記入して下さい。

⑥ 資格喪失年月日を記入して下さい。

⑦⑭ 回収不能となったものに☑を付けて下さい。

⑧ 督促方法を記入して下さい。（督促は2回以上実施して下さい。）

⑨ 督促の結果と返納できない理由等について記入して下さい。

⑩ 回収不能対象者が被扶養者であった者の場合記入して下さい。返納できない理由等は⑮へ記入して下さい。

●督促状については、次ページの「記入例」を参考に作成して下さい。

注意
（注意）
○この届出は被保険者証・高齢受給者証・限度額認定証を返納できないときに提出します。
○文書で督促した場合、被保険者あて送付した文書のコピーを添付して下さい。
○事業主欄の押印は省略できます。
○健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。

（添付書類）

①督促した文書（次ページ参照）のコピー
②次ページの「別紙（理由書）」のコピー（提出がなければ添付不要）

令和 5 年 5 月 1 日

記入例

健康 良一　殿

水戸市梅香1丁目〇番地〇号
〇〇〇協同組合

被保険者証（高齢受給者証・限度額認定証）の返納について

貴殿に交付している「被保険者証」につきまして、退職後約1ヶ月経過していますが、未だ返納いただいておりません。
つきましては、下記の期限までに当方に返納いただきたくお願い申し上げます。
なお、紛失（滅失）している場合には、別紙（理由書）により紛失（滅失）した理由及びその状況等を記入のうえ当方まで返送方お願いいたします。

記

1. 未返納枚数　☑ 被保険者証　本人　1枚
　　家族　4枚
　　☑ 高齢受給者証　本人　枚
　　家族　1枚
　　☐ 限度額認定証　本人　枚
　　家族　枚

2. 返 納 先　（事業所の住所等）

3. 返納期限　令和 5年 5月 8日（月）

以上

記入例

別紙（理由書）

被保険者証等を返納できない理由について

令和 5 年 5 月 9 日　提出

紛失（滅失）した日	令和5年4月25日	紛失（滅失）した場所	自宅
紛失（滅失）した時の状況等	自宅にて、保険証と高齢受給者証を裁断し一般ゴミとして廃棄してしまった。		

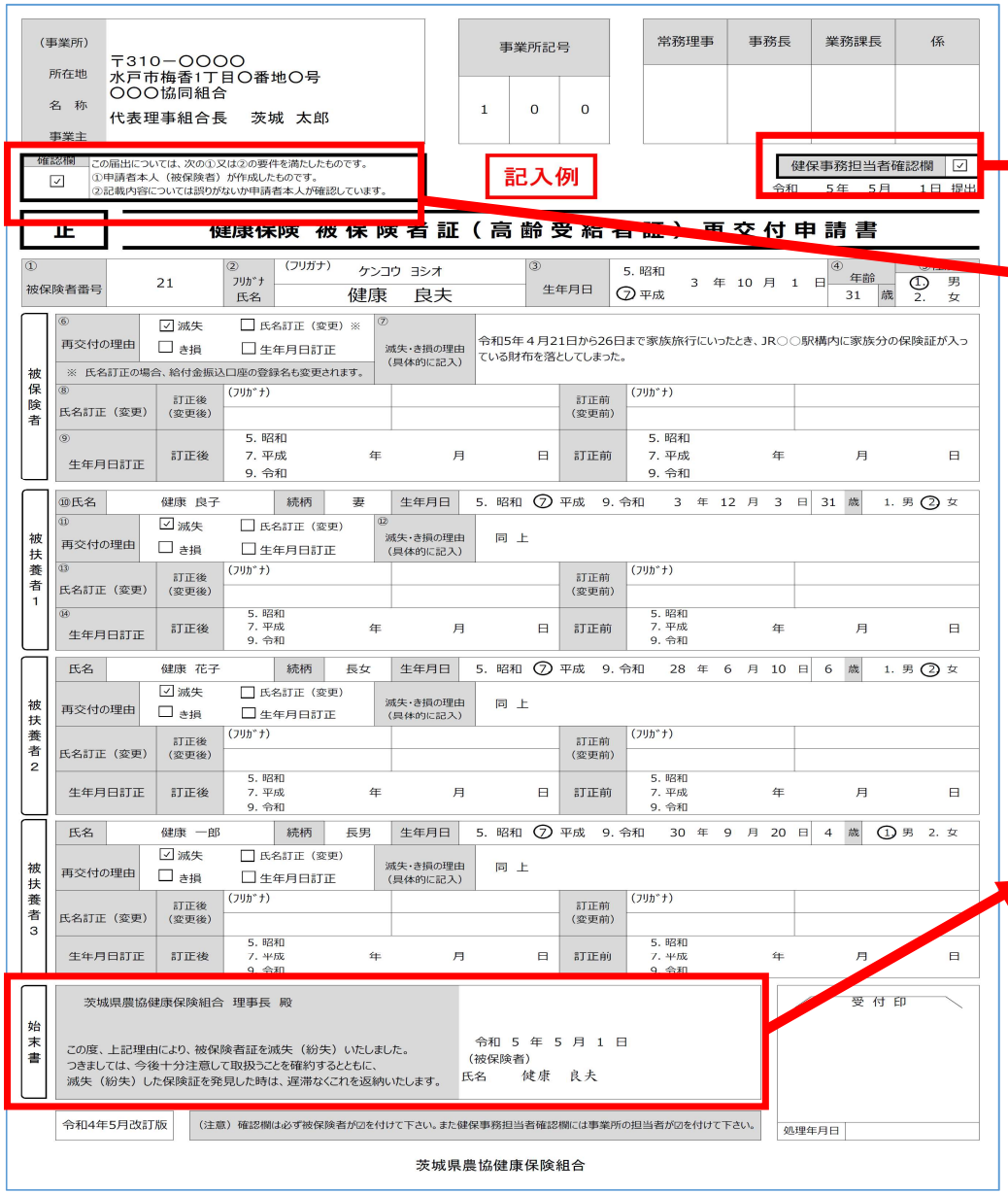
上記のとおり被保険者証（高齢受給者証・限度額認定証）を紛失（滅失）しました。

なお、被保険者証（高齢受給者証・限度額認定証）を発見したときは、ただちに返納します。

氏名　健康　良一

※被保険者証等を紛失（滅失）した場合、ご記入のうえ返送して下さい。

健康保険　被保険者証再交付申請書（保険証を紛失または記載事項の訂正の場合など）



（事業所）
所在地　〒310－○○○○　水戸市梅香1丁目○番地○号
名称　○○○協同組合
事業主　代表理事組合長　茨城　太郎

事業所記号		
1	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係

確認欄 ☑ この届出については、次の①又は②の要件を満たしたものです。
①申請者本人（被保険者）が作成したものです。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。

記入例

健保事務担当者確認欄 ☑
令和　5年　5月　1日 提出

正　健康保険　被保険者証（高齢受給者証）再交付申請書

① 被保険者番号	21	② フリガナ 氏名	（フリガナ）ケンコウ ヨシオ 健康　良夫	③ 生年月日	5. 昭和 ⑦ 平成　3 年 10 月 1 日	④ 年齢 31 歳	① 2. 男 女

被保険者

⑥ 再交付の理由	☑ 滅失　☐ き損　☐ 氏名訂正（変更）※　☐ 生年月日訂正	⑦ 滅失・き損の理由（具体的に記入）	令和5年４月21日から26日まで家族旅行にいったとき、JR○○駅構内に家族分の保険証が入っている財布を落としてしまった。
※ 氏名訂正の場合、給付金振込口座の登録名も変更されます。			
⑧ 氏名訂正（変更）	訂正後（変更後）（フリガナ）	訂正前（変更前）（フリガナ）	
⑨ 生年月日訂正	訂正後 5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	訂正前 5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	

被扶養者1

⑩氏名	健康　良子	続柄	妻	生年月日	5. 昭和 ⑦ 平成 9. 令和　3 年 12 月 3 日	31 歳	1. 男 ② 女
⑪ 再交付の理由	☑ 滅失　☐ き損　☐ 氏名訂正（変更）　☐ 生年月日訂正	⑫ 滅失・き損の理由（具体的に記入）	同 上				
⑬ 氏名訂正（変更）	訂正後（変更後）（フリガナ）	訂正前（変更前）（フリガナ）					
⑭ 生年月日訂正	訂正後 5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	訂正前 5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日					

被扶養者2

氏名	健康　花子	続柄	長女	生年月日	5. 昭和 ⑦ 平成 9. 令和　28 年 6 月 10 日	6 歳	1. 男 ② 女
再交付の理由	☑ 滅失　☐ き損　☐ 氏名訂正（変更）　☐ 生年月日訂正	滅失・き損の理由（具体的に記入）	同 上				
氏名訂正（変更）	訂正後（変更後）（フリガナ）	訂正前（変更前）（フリガナ）					
生年月日訂正	訂正後 5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	訂正前 5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日					

被扶養者3

氏名	健康　一郎	続柄	長男	生年月日	5. 昭和 ⑦ 平成 9. 令和　30 年 9 月 20 日	4 歳	① 男 2. 女
再交付の理由	☑ 滅失　☐ き損　☐ 氏名訂正（変更）　☐ 生年月日訂正	滅失・き損の理由（具体的に記入）	同 上				
氏名訂正（変更）	訂正後（変更後）（フリガナ）	訂正前（変更前）（フリガナ）					
生年月日訂正	訂正後 5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	訂正前 5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日					

始末書
茨城県農協健康保険組合　理事長　殿
この度、上記理由により、被保険者証を滅失（紛失）いたしました。
つきましては、今後十分注意して取扱うことを確約するとともに、
滅失（紛失）した保険証を発見した時は、遅滞なくこれを返納いたします。
令和　5　年　5　月　1　日
（被保険者）
氏名　健康　良夫

受付印

令和4年5月改訂版　（注意）確認欄は必ず被保険者が☑を付けて下さい。また健保事務担当者確認欄には事業所の担当者が☑を付けて下さい。　処理年月日

茨城県農協健康保険組合

■正・副2通作成して下さい。

■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

■確認欄は必ず被保険者が☑を付けて下さい。

確認欄 ☑ この届出については、次の①又は②の要件を満たしたものです。
①申請者本人（被保険者）が作成したものです。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。

①②③④⑤　被保険者番号および氏名、生年月日、年齢、性別を記入して下さい。

⑥　被保険者の再交付の場合、該当する理由に☑を付けて下さい。

⑦　⑥の理由が滅失・き損の場合には、具体的な理由を記入して下さい。

⑧⑨　氏名訂正（変更）または生年月日の訂正の場合、訂正後（変更後）と訂正前（変更前）を記入して下さい。

⑩～⑭　再交付の対象者が被扶養者の場合に記入して下さい。

始末書

茨城県農協健康保険組合　理事長　殿

この度、上記理由により、被保険者証を滅失（紛失）いたしました。
つきましては、今後十分注意して取扱うことを確約するとともに、
滅失（紛失）した保険証を発見した時は、遅滞なくこれを返納いたします。

令和　5　年　5　月　1　日
（被保険者）
氏名　健康　良夫

○保険証を滅失（紛失）した場合、届出にある始末書欄に氏名を自署して下さい。（捺印は不要です。）

（事業所）
所在地
名　称
事業主

〒310－〇〇〇〇
水戸市梅香1丁目〇番地〇号
〇〇〇協同組合

代表理事組合長
茨城　太郎　殿

記入例

事業所記号		
1	0	0

〒３１０－００２２
茨城県水戸市梅香1-5-5
JA会館分館5F
TEL.029-232-2270

茨城県農協健康保険組合　理事長

副

健康保険　被保険者証（高齢受給者証）再交付確認通知書

① 被保険者番号	21	② フリガナ 氏名	（フリガナ）ケンコウ ヨシオ 健康　良夫	③ 生年月日	5. 昭和 ⑦ 平成　3 年 10 月 1 日	④ 年齢	31 歳	⑤性別	① 男 2. 女

被保険者

⑥ 再交付の理由	☑ 滅失　☐ 氏名訂正（変更）※ ☐ き損　☐ 生年月日訂正	⑦ 滅失・き損の理由（具体的に記入）	令和5年４月21日から26日まで家族旅行にいったとき、JR〇〇駅構内に家族分の保険証が入って
※ 氏名訂正の場合、給付金振込口座の登録名も変更されます。			

⑧ 氏名訂正（変更）	訂正後（変更後）	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	訂正前（変更前）	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
⑨ 生年月日訂正	訂正後	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	訂正前	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日

被扶養者1

⑩氏名	健康　良子	続柄	妻	生年月日	5. 昭和 ⑦ 平成 9. 令和　3 年 12 月 3 日	31 歳	1. 男 ② 女
⑪ 再交付の理由	☑ 滅失　☐ 氏名訂正（変更） ☐ き損　☐ 生年月日訂正	⑫ 滅失・き損の理由（具体的に記入）	1枚目のみ記入して下さい。				

⑬ 氏名訂正（変更）	訂正後（変更後）	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	訂正前（変更前）	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
⑭ 生年月日訂正	訂正後	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	訂正前	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日

被扶養者2

氏名	健康　花子	続柄	長女	生年月日	5. 昭和 ⑦ 平成 9. 令和　28 年 6 月 10 日	6 歳	1. 男 ② 女
再交付の理由	☑ 滅失　☐ 氏名訂正（変更） ☐ き損　☐ 生年月日訂正	滅失・き損の理由（具体的に記入）	1枚目のみ記入して下さい。				

氏名訂正（変更）	訂正後（変更後）	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	訂正前（変更前）	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
生年月日訂正	訂正後	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	訂正前	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日

被扶養者3

氏名	健康　一郎	続柄	長男	生年月日	5. 昭和 ⑦ 平成 9. 令和　30 年 9 月 20 日	4 歳	① 男 2. 女
再交付の理由	☑ 滅失　☐ 氏名訂正（変更） ☐ き損　☐ 生年月日訂正	滅失・き損の理由（具体的に記入）	1枚目のみ記入して下さい。				

氏名訂正（変更）	訂正後（変更後）	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	訂正前（変更前）	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
生年月日訂正	訂正後	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	訂正前	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日

上記の被保険者（被扶養者）の被保険者証を再交付したので通知します。

確 認 印

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

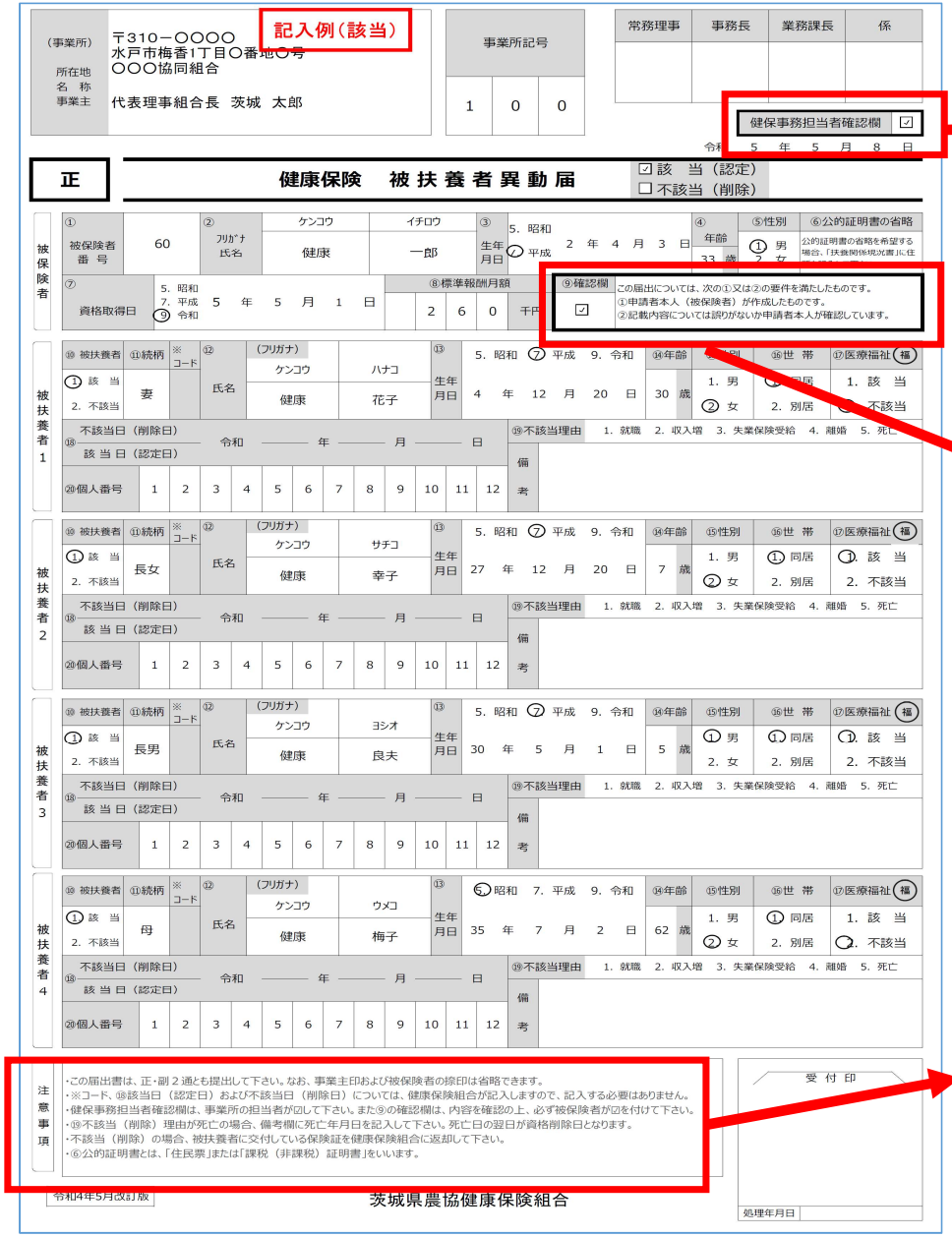
〇き損（汚れ・割れた等）の場合、そのき損した保険証を添付して下さい。

〇保険証の再交付を受けたら、保険証の記載事項について誤りがないか確認して下さい。

〇保険証の再交付を受けた後に、紛失した古い保険証がみつかった場合には、古い方を健康保険組合まで返却して下さい。

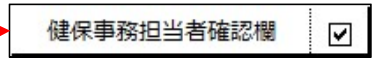
〇盗難等被害にあった場合には、速やかに警察に被害届等の手続きをお取り下さい。
なお、この場合、申請書下段にある始末書欄への記載は必要ありません。

健康保険　被扶養者異動届（家族を被扶養者にする場合）



■正・副2通作成して下さい。

■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

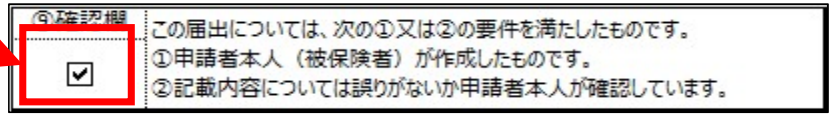


①②③④⑤　被保険者の保険証番号、氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）、生年月日、年齢、性別を記入して下さい。

⑥　添付書類である「公的証明書」（「住民票」「課税・非課税証明書」等）の省略ができます。
省略を希望する際には、「扶養関係現況書」（P.13）に住所を記入して下さい。（番地は不要）

⑦⑧　被保険者の資格取得日、標準報酬月額を記入して下さい。

⑨　当該届出の作成者である被保険者が☑を付けて下さい。



⑩⑪　該当（認定）の届出の場合は「1．該当」に〇を付け、扶養する家族の続柄を 記入 して下さい。

⑫⑬⑭⑮　扶養する家族の氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）、生年月日、年齢、性別を記入して下さい。

⑯　扶養する家族が被保険者と同居していれば「1」に〇、していなければ「2」に〇を付けて下さい。

⑰　医療福祉制度（マル福または公費制度等）に該当していれば「1」に〇、していなければ「2」に〇を付けて下さい

⑱⑲　記入不要です。

⑳　個人番号（マイナンバー）を記入して下さい。

注意事項

・この届出書は、正・副２通とも提出して下さい。なお、事業主印および被保険者の捺印は省略できます。
・※コード、⑱該当日（認定日）および不該当日（削除日）については、健康保険組合が記入しますので、記入する必要はありません。
・健保事務担当者確認欄は、事業所の担当者が☑して下さい。また⑨の確認欄は、内容を確認の上、必ず被保険者が☑を付けて下さい。
・⑲不該当（削除）理由が死亡の場合、備考欄に死亡年月日を記入して下さい。死亡日の翌日が資格削除日となります。
・不該当（削除）の場合、被扶養者に交付している保険証を健康保険組合に返却して下さい。
・⑥公的証明書とは、「住民票」または「課税（非課税）証明書」をいいます。

記入例（該当）

（事業所）
所在地
名　称
事業主

〒310－〇〇〇〇
水戸市梅香1丁目〇番地〇号
〇〇〇協同組合
代表理事組合長　茨城　太郎　殿

事業所記号		
1	0	0

〒３１０－００２２
茨城県水戸市梅香1-5-5
JA会館分館5F
TEL.029-232-2270

茨城県農協健康保険組合　理事長

副

健康保険　被扶養者異動届確認通知書

被保険者	①被保険者番号	60	②ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	ケンコウ	イチロウ	③生年月日	5．昭和 ⑦平成 2 年 4 月 3 日	④年齢	⑤性別	⑥公的証明書の省略
				健康	一郎			33 歳	①男 2．女	
	⑦資格取得日	5．昭和 7．平成 ⑨令和 5 年 5 月 1 日		⑧標準報酬月額	2 6 0 千円	⑨確認欄	1枚目のみ☑を付けて下さい。			

被扶養者1	⑩被扶養者	⑪続柄	※コード	⑫氏名	(フリガナ)		⑬生年月日	5．昭和 ⑦平成 9．令和	⑭年齢	⑮性別	⑯世帯	⑰医療福祉(福)
	①該当 2．不該当	妻	22		ケンコウ	ハナコ		4 年 12 月 20 日	30 歳	1．男 ②女	①同居 2．別居	1．該当 ②不該当
					健康	花子						
	⑱不該当日（削除日）該当日（認定日）	令和 5 年 5 月 5 日						⑲不該当理由	1．就職 2．収入増 3．失業保険受給 4．離婚 5．死亡			
	⑳個人番号	1枚目のみ記入して下さい。						備考				

被扶養者2	⑩被扶養者	⑪続柄	※コード	⑫氏名	(フリガナ)		⑬生年月日	5．昭和 ⑦平成 9．令和	⑭年齢	⑮性別	⑯世帯	⑰医療福祉(福)
	①該当 2．不該当	長女	41		ケンコウ	サチコ		27 年 12 月 20 日	7 歳	1．男 ②女	①同居 2．別居	①該当 2．不該当
					健康	幸子						
	⑱不該当日（削除日）該当日（認定日）	令和 5 年 5 月 5 日						⑲不該当理由	1．就職 2．収入増 3．失業保険受給 4．離婚 5．死亡			
	⑳個人番号	1枚目のみ記入して下さい。						備考				

被扶養者3	⑩被扶養者	⑪続柄	※コード	⑫氏名	(フリガナ)		⑬生年月日	5．昭和 ⑦平成 9．令和	⑭年齢	⑮性別	⑯世帯	⑰医療福祉(福)
	①該当 2．不該当	長男	31		ケンコウ	ヨシオ		30 年 5 月 1 日	5 歳	①男 2．女	①同居 2．別居	①該当 2．不該当
					健康	良夫						
	⑱不該当日（削除日）該当日（認定日）	令和 5 年 5 月 5 日						⑲不該当理由	1．就職 2．収入増 3．失業保険受給 4．離婚 5．死亡			
	⑳個人番号	1枚目のみ記入して下さい。						備考				

被扶養者4	⑩被扶養者	⑪続柄	※コード	⑫氏名	(フリガナ)		⑬生年月日	5．昭和 7．平成 9．令和	⑭年齢	⑮性別	⑯世帯	⑰医療福祉(福)
	①該当 2．不該当	母	12		ケンコウ	ウメコ		35 年 7 月 2 日	62 歳	1．男 ②女	①同居 2．別居	1．該当 ②不該当
					健康	梅子						
	⑱不該当日（削除日）該当日（認定日）	令和 5 年 5 月 5 日						⑲不該当理由	1．就職 2．収入増 3．失業保険受給 4．離婚 5．死亡			
	⑳個人番号	1枚目のみ記入して下さい。						備考				

上記のとおり、被扶養者資格を ☑認定（該当） ☐削除（不該当） したので通知します。

確認印

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

（添付書類）

・被扶養者該当の場合、次ページの「扶養関係現況書」を対象となる家族1人につき1枚作成して下さい。

・被保険者との身分関係を証する書類として「住民票記載事項証明書」、対象となる家族の収入状況を証する書類として「課税（非課税）証明書」等、公的証明書が必要となります。また、対象となる家族の収入状況等に応じて、その他必要となる書類の提出を求める場合もあります。
詳細はP14～P15「被扶養者異動届に添付する証明書等一覧」をご確認下さい。

・公的証明書は個人番号による省略ができます。省略された場合、健保組合が当該情報を取得することになります。ただし、対象者によっては省略できない場合もあります。

（被扶養者の認定要件）

・健康保険の扶養とは、税法上の扶養家族とは性質を異にします。健康保険では経済的扶養が継続的にあることが前提となり、被保険者がその対象者の生活費の半分以上を常に賄えている状況であることが重要となります。

・同居の場合、対象者の年間収入が130万円未満（60歳以上または障害者の場合、180万円未満）かつ被保険者の年収の2分の1未満であることが原則です。

・年間収入とは、給与（税金・社会保険料等、控除前の収入額）、年金・失業保険・傷病手当金・出産手当金・不動産収入・家賃収入・農業収入・営業収入など、収入の種別を問いません。
詳細は、「健康保険組合の実務」をご参照下さい。

（別居する家族の認定）

別居（別世帯）の家族を被扶養者とする場合、公的証明書等の添付の他に、被保険者からの送金事実と仕送り額について、次の①～③いずれかの書類を添付して下さい。

①仕送りが振込の場合・・・貯金通帳のコピー（認定対象者）
②仕送りが送金の場合・・・現金書留の控え（コピー含む）
③手渡しの場合・・・・・・・・・被保険者の貯金通帳のコピー（当該現金を引き出した事実の確認）

（例外）認定対象者が16歳未満の場合は①～③の確認は省略します。また、16歳以上でも学生である場合、16歳未満と同様に省略します。

扶養関係現況書（認定対象者1人つき1部作成）

記入例

扶養関係現況書

1．認定対象者（以下の①～⑦は必ず記載して下さい。）

① 認定対象者の氏名	（フリガナ） ケンポ ハナコ / 健保 花子	② 生年月日	5．昭和 ⑦ 平成 5 年 1 月 5 日 9．令和	③年齢	④性別	⑤ 被保険者との続柄
				30 歳	1．男 ② 女	妻

⑥認定対象者の住所(番地・号・建物名・部屋番号)
〒310-0022
茨城県水戸市宮町1丁目2番3号
○○○マンション　2F　３０２号室

⑦申請理由（該当に○を付けて下さい。）
1．被保険者の就職　2．無収入　③ 収入減　4．離職
5．婚姻　6．出生　7．権の異動　8．配偶者の収入減
9．その他　（　　）

申請（扶養）するに至った理由に○を付けて下さい

2．認定対象者の現況

配偶者
- 収入あり
  - 給与収入は、「３」「４」を記入します。
  - 失業保険は、「３」「５」を記入します。
  - 自営業収入は、「７」を記入します。
  - 年金収入は、「６」を記入します。
  - その他の収入又は不動産収入等は、「８」を記入します。
- 収入なし → 「３」「５」「11」を記入します。

被保険者の子・孫・兄姉（弟妹）
- 出生 → 「９」を記入して下さい。孫の場合は「10」も記入します
- 16歳未満
  - 未就学児
  - 就学児（義務教育）
  - → 「９」を記入します。弟妹・孫の場合「10」も記入します。
- 16歳以上
  - 学生（高・専・大）
  - 無職（収入無し）
  - → 「９」を記入します。収入があれば「４」も記入します。弟妹・孫の場合「10」も記入します。
  - 収入あり → 「３」「４」「７」「８」「９」「10」「11」を記入します。

父・母
- 年金収入 → 年金収入は、「６」「10」を記入します。
- 給与収入 → 給与収入は、「３」「４」「５」「10」を記入します。
- 自営業収入 → 自営業収入（事業収入）は、「７」「10」を記入します。
- 不動産収入等 → 不動産収入等は、「８」「10」記入します。
- その他 → その他は、「８」ー③「10」を記入します。

別居している場合 → 上記に加え「12」を記入します。

上記以外の3親等内の親族 → 「３」～「８」「10」「11」の該当する箇所を記入して下さい。←（※別居の場合認定できません。）

3．就労状況（過去1年以内に就労し継続中又は既に退職している）

① 職業	☐ 無職　☑ 就労継続中 → 就労継続中に☑した場合、「４．給与収入の状況」を記入して下さい。			
② 過去の就労状況（1年以内）	会社名	○○○株式会社	就労期間	H27 年 4 月 1 日 ～ 年 月 日
	住所	水戸市梅香3丁目○番○号　○○ビル2F		
③ 退職理由（具体的に）	結婚・出産のため、1月より正社員から契約社員に変更したことによる。			
	※退職理由が出産や病気の場合は、「11.保険給付の受給状況」を記入して下さい。			

令和4年5月改訂版　　1/2

茨城県農協健康保険組合

4．給与収入の状況（☑ 有　☐ 無）※有りの場合、①～③を記入して下さい。

① 勤務先	名称	○○○株式会社	住所 水戸市梅香3丁目○番○号　○○ビル2F
② 雇用形態	☐ パート　☑ 契約　☐ 嘱託　☐ 再雇用　☐ その他（　　）		
③ 給与の種別と1ヶ月に支払われる金額	☐ 月給（勤務日数 ＿ 日 ＿＿ 円）	☑ 日給（勤務日数 12 日 84,000 円）（日額 7,000 円）	
	☐ 時給（勤務日数 ＿ 日 ＿ 時間 ＿＿ 円）（時給　円）	その他	

5．失業保険の受給状況（☐ 有　☑ 無）※A～Eの該当するいずれかに○を付け受給期間・日額・日数・理由等を記入して下さい。

① 失業保険の受給について、次のA・B・Eに該当する場合、「雇用保険受給資格者証」（写）を添付して下さい。

A．受給中	受給期間　年　月　日	受給金額（日額）＿＿ 円	日数 ＿＿ 日間
B．受給予定あり	受給期間　年　月　日	受給金額（日額）＿＿ 円	日数 ＿＿ 日間
C．受給しない	理由（　　）		
D．受給資格なし	理由（　　）		
E．受給終了	「雇用保険受給資格者証」（支給終了の印字のあるページの写し）を添付して下さい。		

6．年金の受給状況（☐ 有　☑ 無）※有りの場合、A～E該当する全てを記入して下さい。

A．厚生年金	円	B．遺族年金	円
C．国民年金	円	D．障害者年金	円
E．その他	円	名称（　　）	

7．自営業収入（事業収入）（☐ 有　☑ 無）※有りの場合、①～④を記入して下さい。

① 業種		② 会社名	
③ 年間収入額	円	④ 所得額	円

8．不動産または配当金等の収入（☐ 有　☑ 無）※有りの場合、①～③該当する全てを記入して下さい。

① 不動産	☐ 家賃　☐ その他（名称　　）年間収入		円
② 配当金	年間収入	円	③その他（名称　　） 円

9．夫婦共同扶養（☐ 該当　☑ 不該当）

○配偶者がいる場合、①と②を記入して下さい。ただし、母（父）子家庭の場合には③に☑を付けて下さい。

① 被保険者の年収	（　　円）	※被保険者の年収より配偶者の年収が多い場合、認定対象者（続柄：子）は配偶者の加入する健康保険組合にて扶養の手続きをお願いします。
② 被保険者の配偶者の年収	（　　円）	
③ 母（父）子家庭	☐ 該当	※マル福受給者証の写しを添付願います。（被保険者と認定対象者の分）

10．認定対象者と同居する家族　※被保険者の父母、兄姉や弟妹及び同居が必要と規定される三親等内の親族を扶養するときに記入して下さい。

○認定対象者からみた続柄とその者の年間収入額

☐ 配偶者（収入　　円）　☐ 子供（　　人）（収入　　円）
☐ 父（収入　　円）　☐ 母（収入　　円）　☐ 兄姉（弟妹）（収入　　円）

11．保険給付金の受給状況（以前加入していた健康保険組合からの支給）

① 傷病手当金	受給	☑ していない	☐ している	（期間　　）
② 出産手当金	受給	☑ していない	☐ している	（期間　　）

12．認定対象者が別居の場合

① 別居の理由	☐ 大学　☐ 専門学校　☐ 予備校　☐ その他（　　）			
② 別居の理由が学生以外の場合	仕送り額	月々　円	年間（見込）	円

上記のとおり、認定対象者の現況を申し立てします。　令　5年　5月　8日　（被保険者）氏名　健保　一郎

令和4年5月改訂版　　2/2

茨城県農協健康保険組合

被扶養者異動届に添付する証明書等一覧

被扶養者認定に必要な添付書類（証明書等）一覧表

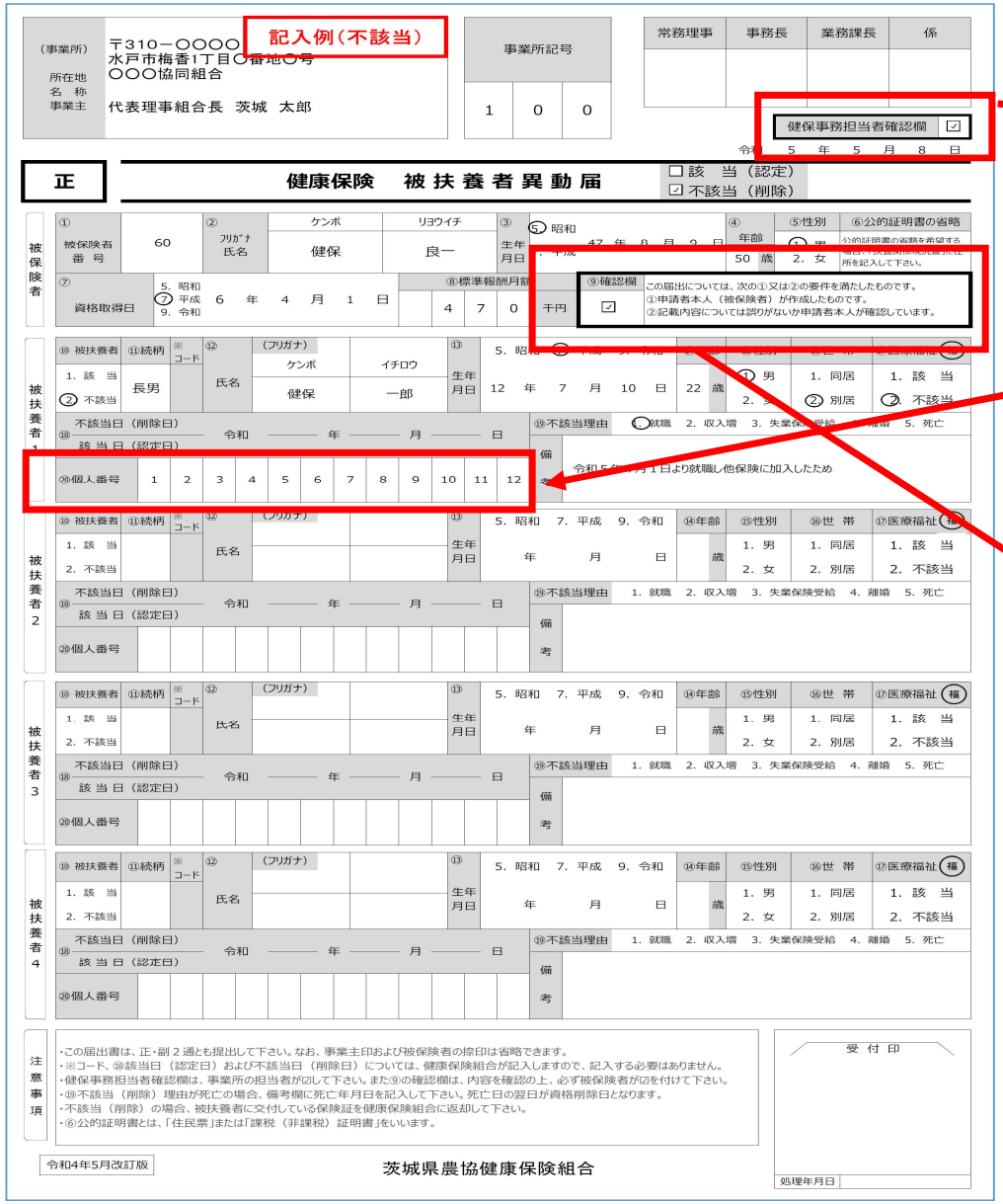
被保険者から見た続柄		収入の有無	添付書類							
			A.収入の証明	B.無収入の証明	C.学生の証明	D.夫婦共同扶養の書類	E.身分関係	F.母（父）子家庭の場合	G.扶養関係現況書	その他
配偶者		有	●				●		●	
		無		●						
子・養子	未就学児					●	●	●	●	
	小学生					●	●	●	●	
	中学生					●	●	●	●	
	高校生				●	●	●	●	●	
	大学生（専門学校）	有	●		●	●	●	●	●	
		無		●						
	16歳以上（学生以外）	有	●			●	●	●	●	
		無		●						
父母・祖父母・孫		有	●				●		●	●
		無		●						
兄・弟・姉・妹（学生の場合は子・養子の取り扱い）		有	●				●		●	●
		無		●						
上記以外の三親等内の親族		有	●				●		●	●
		無		●						

次ページのA～G、その他を参照してください

〇添付書類をご確認下さい。記載してある書類の他にも必要に応じて提出を求める場合もあります。

A	収入の証明	労働収入	〇直近の「給与所得の源泉徴収票」㊨または勤務先発行の「給与支払証明書」㊨	
		年金収入	〇「年金改定通知書」㊨または「年金源泉徴収票」㊨、いずれも直近のものとし、年金額・住所・氏名等が記載されているもの	
		自営業（農業等）	〇直近の「確定申告書」㊨および経費の分かる決算書㊨または内訳書㊨	
		失業給付	〇「雇用保険受給者資格証」の両面㊨ 日額3,612円未満（60歳以上と障害者は5,000円未満）の者が認定対象者	
B	無収入の証明	退職が当年中	〇「退職証明書」㊨または「雇用保険離職票」㊨ 〇市町村発行の「所得証明書」㊨または「課税（非課税）証明書」㊨、ただしマイナンバーで省略可	
		退職が当年以前	〇市町村発行の「所得証明書」㊨または「課税（非課税）証明書」㊨、ただしマイナンバーで省略可	
C	学生の証明	在学中	〇「学生証」㊨または「在学証明書」㊨	
D	夫婦共同扶養の書類	配偶者が農協健保の被扶養者である	〇添付書類は不要	
		配偶者が農協健保の被扶養者でない	配偶者が給与所得者の場合	〇「令和４年度分給与所得の源泉徴収票」㊨
			配偶者が自営業の場合	〇「令和４年分確定申告書」㊨および経費の分かる決算書㊨または内訳書㊨
		配偶者が農協健保の被保険者である	〇「被扶養者異動届」の備考欄に配偶者の記号・番号を記載して下さい。（源泉徴収票の添付は必要ありません。）	
E	身分関係	〇世帯全員の記載がある「住民票記載事項証明書（住民票謄本）」㊨ ただし、配偶者および子のみマイナンバーによる省略可		
F	母（父）子家庭の場合	〇「戸籍謄本」または、被保険者が医療福祉費支給制度（母（父）子マル福・公費等）に該当している場合、「医療福祉費受給者証」㊨		
G	扶養関係現況書	〇全ての認定対象者1人につき、1部作成して下さい。（記載漏れのないようお願いします。）		
その他	同居する家族の収入の証明	〇直近の「給与所得の源泉徴収票」㊨、「給与支払証明書」㊨、「課税（非課税）証明書」㊨、「確定申告書」㊨など		

健康保険　被扶養者異動届（家族を被扶養者から削除する場合）



■正・副2通作成して下さい。
■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

〇不該当の届出（削除）の場合、保険証を回収し添付して下さい。

①②③④⑤　被保険者の保険証番号、氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）、生年月日、年齢、性別を記入して下さい。

⑥　不該当の場合、「扶養関係現況書」（P.13）の提出は不要です。
なお、就職による不該当の場合、添付書類である保険証（新たな加入先）のコピーが省略できます。省略を希望する 際には、「⑳個人番号」欄に個人番号（マイナンバー）を 記入して下さい。

⑦⑧　被保険者の資格取得日、標準報酬月額を記入して下さい。

⑨　当該届出の作成者である被保険者が☑を付けて下さい。

⑨確認欄	この届出については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。
☑	

⑩⑪　不該当（認定）の届出の場合は「2．該当」に〇を付け、被扶養者の続柄を 記入 して下さい。

⑫⑬⑭⑮　被扶養者の氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)、生年月日、年齢、性別を記入して下さい。

⑯　被扶養者が被保険者と同居していれば「1」に〇、していなければ「2」に〇を付けて下さい。

⑰　医療福祉制度（マル福または公費制度等）に該当していれば「1」に〇、していなければ「2」に〇を付けて下さい

⑱　記入不要です。

⑲　不該当理由選択し、〇を付けて下さい。死亡の場合、備考欄に死亡年月日を記入して下さい。

⑳　個人番号（マイナンバー）の記入は不要です。（不該当理由が就職の場合は任意記入）

記入例（不該当）

（事業所）所在地 名称 事業主：〒310－〇〇〇〇 水戸市梅香1丁目〇番地〇号 〇〇〇協同組合 代表理事組合長 茨城 太郎 殿

事業所記号：1 0 0

〒３１０－００２２ 茨城県水戸市梅香1-5-5 JA会館分館5F TEL.029-232-2270 茨城県農協健康保険組合 理事長

副

健康保険 被扶養者異動届確認通知書

被保険者	①被保険者番号 60	②フリガナ 氏名	ケンポ / リヨウイチ	健保 / 良一	③生年月日	⑤昭和 7．平成 47 年 8 月 9 日	④年齢 50 歳	⑤性別 ①男 2．女	⑥公的証明書の省略		
	⑦資格取得日	5．昭和 ⑦平成 9．令和 6 年 4 月 1 日	⑧標準報酬月額	4 7 0 千円	⑨確認欄	1枚目のみ☑を付けて下さい。					
被扶養者1	⑩被扶養者 1．該当 ②不該当	⑪続柄 長男	※コード 31	⑫氏名	（フリガナ） ケンポ / イチロウ	健保 / 一郎	⑬生年月日	5．昭和 ⑦平成 9．令和 12 年 7 月 10 日	⑭年齢 22 歳	⑮性別 ①男 2．女	⑯世帯 1．同居 ②別居
	⑰医療福祉（福） 1．該当 ②不該当										
	⑱不該当日（削除日）／該当日（認定日）	令和 5 年 4 月 1 日	⑲不該当理由	①就職 2．収入増 3．失業保険受給 4．離婚 5．死亡							
	⑳個人番号	1枚目のみ記入して下さい。	備考								
被扶養者2	⑩被扶養者 1．該当 2．不該当	⑪続柄	※コード	⑫氏名	（フリガナ）		⑬生年月日	5．昭和 7．平成 9．令和 年 月 日	⑭年齢 歳	⑮性別 1．男 2．女	⑯世帯 1．同居 2．別居
	⑰医療福祉（福） 1．該当 2．不該当										
	⑱不該当日（削除日）／該当日（認定日）	令和 年 月 日	⑲不該当理由	1．就職 2．収入増 3．失業保険受給 4．離婚 5．死亡							
	⑳個人番号	1枚目のみ記入して下さい。	備考								
被扶養者3	⑩被扶養者 1．該当 2．不該当	⑪続柄	※コード	⑫氏名	（フリガナ）		⑬生年月日	5．昭和 7．平成 9．令和 年 月 日	⑭年齢 歳	⑮性別 1．男 2．女	⑯世帯 1．同居 2．別居
	⑰医療福祉（福） 1．該当 2．不該当										
	⑱不該当日（削除日）／該当日（認定日）	令和 年 月 日	⑲不該当理由	1．就職 2．収入増 3．失業保険受給 4．離婚 5．死亡							
	⑳個人番号	1枚目のみ記入して下さい。	備考								
被扶養者4	⑩被扶養者 1．該当 2．不該当	⑪続柄	※コード	⑫氏名	（フリガナ）		⑬生年月日	5．昭和 7．平成 9．令和 年 月 日	⑭年齢 歳	⑮性別 1．男 2．女	⑯世帯 1．同居 2．別居
	⑰医療福祉（福） 1．該当 2．不該当										
	⑱不該当日（削除日）／該当日（認定日）	令和 年 月 日	⑲不該当理由	1．就職 2．収入増 3．失業保険受給 4．離婚 5．死亡							
	⑳個人番号	1枚目のみ記入して下さい。	備考								

上記のとおり、被扶養者資格を ☐認定（該当） ☑削除（不該当） したので通知します。

確認印

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

＜被扶養者の不該当（削除）要件＞

①就職等により他保険の被保険者となったとき

②被扶養者の年間収入が130万円（60歳以上または障害者の場合、180万円未満）又は被保険者の年収の2分の1を超過したとき

③失業保険の受給が始まったとき（日額が基準額を超過している場合）

④傷病手当金または出産手当金を受給しているとき（日額が基準額を超過している場合）

⑤被保険者との生計維持関係が消滅したとき

⑥死亡したとき

⑦被扶養者が子どもの場合、被保険者の年収より被保険者の配偶者の年収が多いとき（配偶者の加入する健康保険組合へ加入手続きをお願いします。）

■被扶養者が就職した場合、加入先の保険証のコピーを添付していただいてましたが、削除する被扶養者の個人番号の記入があれば、添付を省略できます。省略を希望されない場合には、コピーを添付して下さい。
ただし、加入先の保険による登録遅れ等により、保険証のコピーを依頼する場合があります。

＜被扶養者資格の確認事務＞

・健康保険法施行規則第50条に規定されています。また、厚生労働省保険局長通知（平成16年10月29日保保発第1029004号）においては、毎年実施することが求められています。

・被扶養者の確認事務では、既に認定された被扶養者の収入状況や被保険者や家族との生計維持関係を確認し、被扶養者資格の最適化を図ります。

・確認事務の結果、被扶養者資格が認められない場合は、「被扶養者異動届」により不該当の申出をしていただきます。

健康保険　被保険者区分変更届（厚生年金保険加入者が101人以上の事業所）

（事業所）所在地　〒310－〇〇〇〇　水戸市梅香1丁目〇番地〇号
名　称　〇〇〇協同組合
事業主　代表理事組合長　茨城　太郎

記入例

事業所記号		
1	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係

令和　5　年　5　月　2　日　提出

正　**健康保険　被保険者区分変更届**　健保事務担当者確認欄 ☑

	①被保険者番号	②フリガナ 氏名	③生年月日	④年齢	⑤性別	⑥変更年月日	⑦変更区分	⑧備考
1	70	ケンコウ ヨシオ 健康 良夫	5. 昭和 ⑦ 平成 2 年 2 月 10 日	33 歳	① 1. 男 2. 女	令和 5 年 5 月 1 日	☑ 一般 ☐ 短時間労働者	
2	100	イバノウ ハナコ 茨農 花子	⑤ 5. 昭和 7. 平成 45 年 10 月 11 日	52 歳	1. 男 ② 2. 女	令和 5 年 5 月 1 日	☐ 一般 ☑ 短時間労働者	
3			5. 昭和 7. 平成 年 月 日	歳	1. 男 2. 女	令和 年 月 日	☐ 一般 ☐ 短時間労働者	
4			5. 昭和 7. 平成 年 月 日	歳	1. 男 2. 女	令和 年 月 日	☐ 一般 ☐ 短時間労働者	
5			5. 昭和 7. 平成 年 月 日	歳	1. 男 2. 女	令和 年 月 日	☐ 一般 ☐ 短時間労働者	

〇この届出書は、「特定適用事業所」に使用される被保険者が「通常の労働者」から「短時間労働者」に変更した場合、又は「短時間労働者」から「通常の労働者」に変更する場合提出するものです。

（注意）
・この届出は正・副を作成して下さい。正の事業主印は省略できます。健保事務担当者確認欄には☑を付けて下さい。
・短時間労働者とは、健康保険法第3条第1項第9号に規定され、「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律」第2条に規定する「通常の労働者」の1週間の所定労働時間の４分の３未満である同条に規定する短時間労働者又は、その1月間の所定労働日数が同一の事業所に使用される通常の労働者の1月間の所定労働日数の４分の３未満に該当する短時間労働者のうち、以下の全ての要件を満たす者をいいます。
１．週の所定労働時間が20時間以上であること
２．賃金の月額が88,000円以上であること、ただし以下の①から④は除く
①臨時に支払われる賃金
②１月を超える期間毎に支払われる賃金
③所定労外労働、休日労働および深夜労働に対して支払われる賃金
④最低賃金法において算入しないことを定める賃金
３．学生でないこと
４．従業員が101人以上の特定適用事業所に使用されていること。

受付印
処理年月日

令和５年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

〇正・副2通作成して下さい。

〇健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

①②③④⑤被保険者の健保番号、氏名、生年月日、年齢、性別を記入して下さい。

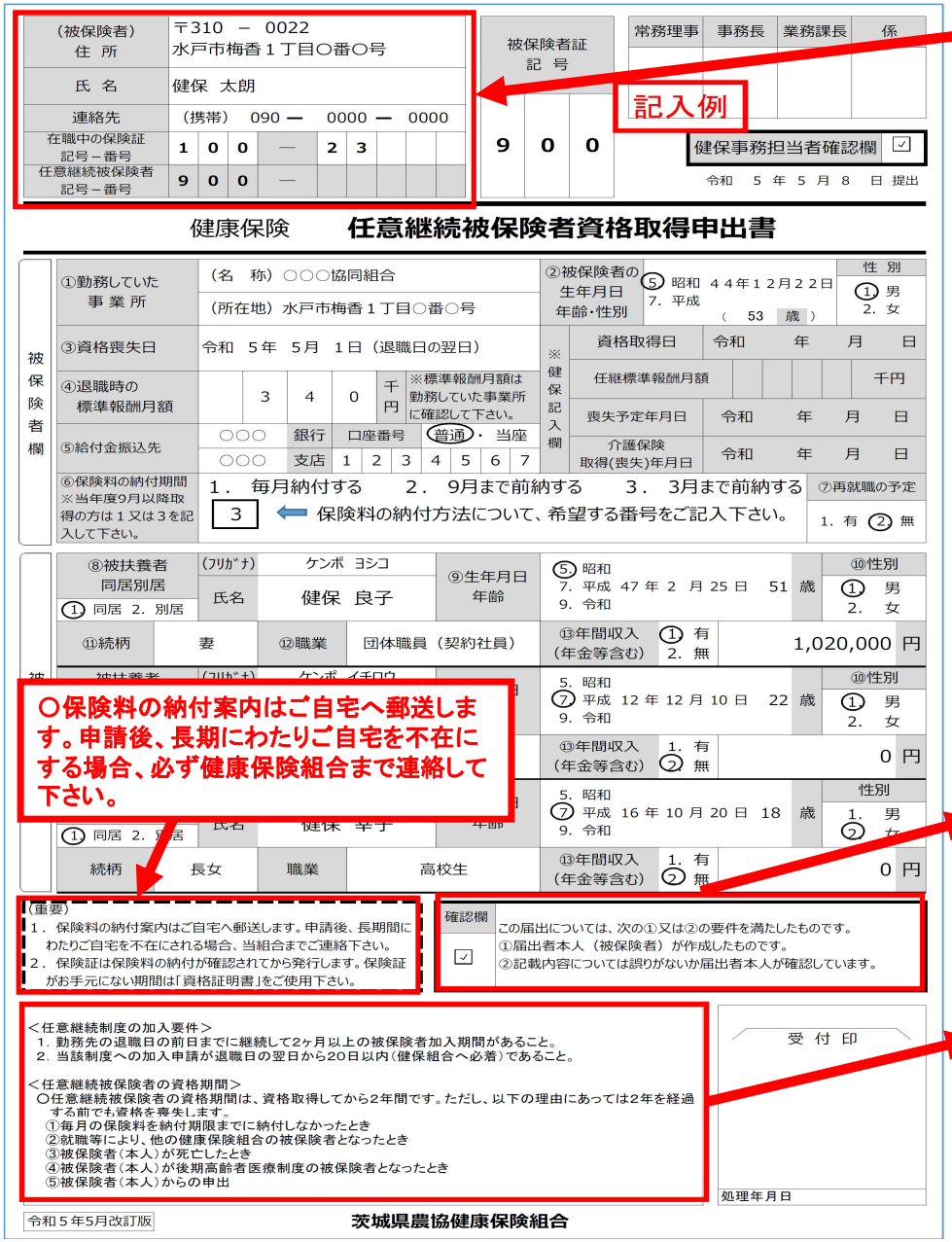
⑥区分の変更年月日を記入して下さい。

⑦変更後の区分、一般または短時間労働者に☑を付けて下さい。

（注意）算定基礎または随時改定の基礎日数に影響しますので、届出漏れのないようお願いします。

（注意）
・この届出は正・副を作成して下さい。正の事業主印は省略できます。健保事務担当者確認欄には☑を付けて下さい。
・短時間労働者とは、健康保険法第3条第1項第9号に規定され、「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律」第2条に規定する「通常の労働者」の1週間の所定労働時間の４分の３未満である同条に規定する短時間労働者又は、その1月間の所定労働日数が同一の事業所に使用される通常の労働者の1月間の所定労働日数の４分の３未満に該当する短時間労働者のうち、以下の全ての要件を満たす者をいいます。
１．週の所定労働時間が20時間以上であること
２．賃金の月額が88,000円以上であること、ただし以下の①から④は除く
①臨時に支払われる賃金
②１月を超える期間毎に支払われる賃金
③所定労外労働、休日労働および深夜労働に対して支払われる賃金
④最低賃金法において算入しないことを定める賃金
３．学生でないこと
４．従業員が101人以上の特定適用事業所に使用されていること。

任意継続被保険者資格取得申出書（退職後も健康保険を継続する場合）



（被保険者）住所	〒310 － 0022 水戸市梅香１丁目○番○号
氏名	健保 太朗
連絡先	（携帯） 090 ― 0000 ― 0000
在職中の保険証 記号－番号	1 0 0 ― 2 3
任意継続被保険者 記号－番号	9 0 0 ―

被保険者証 記号：9 0 0

記入例

常務理事	事務長	業務課長	係

健保事務担当者確認欄 ☑

令和 5 年 5 月 8 日 提出

健康保険 **任意継続被保険者資格取得申出書**

被保険者欄	①勤務していた事業所	（名称）○○○協同組合 （所在地）水戸市梅香１丁目○番○号	②被保険者の生年月日 年齢・性別：⑤ 昭和 44年12月22日 7. 平成 （ 53 歳 ） 性別：① 男 2. 女
	③資格喪失日	令和 5年 5月 1日（退職日の翌日）	※健保記入欄：資格取得日 令和 年 月 日
	④退職時の標準報酬月額	3 4 0 千円 ※標準報酬月額は勤務していた事業所に確認して下さい。	任継標準報酬月額 千円
	⑤給付金振込先	○○○ 銀行 口座番号 （普通）・当座 ○○○ 支店 1 2 3 4 5 6 7	喪失予定年月日 令和 年 月 日
	⑥保険料の納付期間 ※当年度9月以降取得の方は１又は３を記入して下さい。	1. 毎月納付する 2. 9月まで前納する 3. 3月まで前納する 3 ⇐ 保険料の納付方法について、希望する番号をご記入下さい。	介護保険取得(喪失)年月日 令和 年 月 日 ⑦再就職の予定 1. 有 ② 無

被扶養者欄	⑧被扶養者同居別居 ① 同居 2. 別居	（フリガナ）ケンポ ヨシコ 氏名 健保 良子	⑨生年月日 年齢	⑤ 昭和 7. 平成 9. 令和 47 年 2 月 25 日 51 歳	⑩性別 ① 男 2. 女
	⑪続柄 妻	⑫職業 団体職員（契約社員）		⑬年間収入（年金等含む） ① 有 2. 無	1,020,000 円
	被扶養者 ① 同居 2. 別居	（フリガナ）ケンポ イチロウ 氏名 健保 幸子	年齢	5. 昭和 ⑦ 平成 12 年 12 月 10 日 22 歳 9. 令和	⑩性別 ① 男 2. 女
	続柄 長女	職業 高校生		⑬年間収入（年金等含む） 1. 有 ② 無	0 円
	① 同居 2. 別居	氏名 健保 幸子	年齢	5. 昭和 ⑦ 平成 16 年 10 月 20 日 18 歳 9. 令和	性別 1. 男 ② 女
	続柄	職業		⑬年間収入（年金等含む） 1. 有 ② 無	0 円

○保険料の納付案内はご自宅へ郵送します。申請後、長期にわたりご自宅を不在にする場合、必ず健康保険組合まで連絡して下さい。

（重要）
1. 保険料の納付案内はご自宅へ郵送します。申請後、長期間にわたりご自宅を不在にされる場合、当組合までご連絡下さい。
2. 保険証は保険料の納付が確認されてから発行します。保険証がお手元にない期間は「資格証明書」をご使用下さい。

確認欄 ☑ この届出については、次の①又は②の要件を満たしたものです。
①届出者本人（被保険者）が作成したものです。
②記載内容については誤りがないか届出者本人が確認しています。

＜任意継続制度の加入要件＞
1. 勤務先の退職日の前日までに継続して2ヶ月以上の被保険者加入期間があること。
2. 当該制度への加入申請が退職日の翌日から20日以内（健保組合へ必着）であること。

＜任意継続被保険者の資格期間＞
○任意継続被保険者の資格期間は、資格取得してから2年間です。ただし、以下の理由にあっては2年を経過する前でも資格を喪失します。
①毎月の保険料を納付期限までに納付しなかったとき
②就職等により、他の健康保険組合の被保険者となったとき
③被保険者（本人）が死亡したとき
④被保険者（本人）が後期高齢者医療制度の被保険者となったとき
⑤被保険者（本人）からの申出

受付印

処理年月日

令和５年5月改訂版 茨城県農協健康保険組合

■被保険者の住所・連絡先（日中の連絡先）は必ず記入して下さい。（捺印は不要です。）
■任意継続被保険者の「保険証」は、保険料の入金が確認できしだい交付いたします。
なお、申請または保険料の納付が遅延した場合、次ページの理由書を提出して下さい。
■在職中の記号番号は、在職中に交付されていた保険証に記載されています。

① 被保険者が勤務していた事業所の名称と住所を記入して下さい。

② 被保険者の生年月日・年齢・性別を記入して下さい。

③ 被保険者が事業所を退職した日の翌日を記入して下さい。

④ 退職時の標準報酬月額を記入して下さい。（不明の場合、事業所または健康保険組合にお問い合わせ下さい。）

⑤ 医療費が高額となった時など、保険給付金が発生した場合の振込先を記入して下さい。

⑥ 希望する保険料の納付期間の番号を記入して下さい。（「2」及び「3」は割引があります。）

⑦ 再就職の予定がある場合には、「有」に○、無ければ「無」に○を付けて下さい。

⑧ 被扶養者との同居または別居に○を付けて下さい。被扶養者の氏名とフリガナを記入して下さい。

⑨⑩⑪ 被扶養者の生年月日・年齢・性別、続柄を記入して下さい。

⑫⑬ 職業と年収を記入して下さい。（年金・給与等すべての収入を記入して下さい。）

○ 当該届出の作成者である被保険者が☑を付けて下さい。

＜任意継続制度の加入要件＞
1. 勤務先の退職日の前日までに継続して2ヶ月以上の被保険者加入期間があること。
2. 当該制度への加入申請が退職日の翌日から20日以内（健保組合へ必着）であること。

＜任意継続被保険者の資格期間＞
○任意継続被保険者の資格期間は、資格取得してから2年間です。ただし、以下の理由にあっては2年を経過する前でも資格を喪失します。
①毎月の保険料を納付期限までに納付しなかったとき
②就職等により、他の健康保険組合の被保険者となったとき
③被保険者（本人）が死亡したとき
④被保険者（本人）が後期高齢者医療制度の被保険者となったとき
⑤被保険者（本人）からの申出

健康保険　**任意継続被保険者**　☑ **資格取得届**　☐ **保険料納付**　**遅延理由申出書**

記入例

①被保険者 氏　名	（フリガナ）ケンポ　タロウ （氏　名）　健保　太郎	②被保険者の 生年月日 年齢・性別	☑昭和 ☐平成	44年12月12日 （　５３　歳）	③性　別 ☑男性 ☐女性
④住　所	水戸市梅香１丁目○番○号	⑤連絡先	（電話）０２９－○○○－○○○○ （携帯）０８０－○○○○－○○○○		

（遅延理由）

令和○年○月○日まで○○病院に入院していたため、任意継続被保険者届出期間である

退職後20日以内の届出ができませんでした。

上記のとおり遅延理由を申出します。　　令和　○年○月○日

（注意）
○天災地変など、やむを得ない事情で「任意継続被保険者資格取得届」の提出が遅れた場合や保険料が納付期限までに納付できなかったときに、当該申出を提出して下さい。ただし、申出書の遅延理由に正当性（妥当性）がないと判断されたとき遅延は認められません。
○保険料の滞納については、1回目の滞納にき遅延を認めますが2回目の滞納については、いかなる理由（天災地変は除く）であっても認められません。
○添付書類は、原則不要ですが遅延理由によっては提出を求める場合があります。

受付印

（遅延理由について）

○申請期限は、退職から20日以内ですが、やむを得ない事情により20日を過ぎる場合などは、理由書に記入のうえ提出して下さい。
（やむを得ない事情とは、「入院」「天災・地変」などです。）

○遅延理由によっては、認められない場合もあります。

○保険料の納付についても、止む得ない事情による遅延のみ認められます。
遅延理由が認められない場合、資格取り消しまたは、滞納による資格喪失となります。

（注意）
○天災地変など、やむを得ない事情で「任意継続被保険者資格取得届」の提出が遅れた場合や保険料が納付期限までに納付できなかったときに、当該申出を提出して下さい。ただし、申出書の遅延理由に正当性（妥当性）がないと判断されたとき遅延は認められません。
○保険料の滞納については、1回目の滞納にき遅延を認めますが2回目の滞納については、いかなる理由（天災地変は除く）であっても認められません。
○添付書類は、原則不要ですが遅延理由によっては提出を求める場合があります。

任意継続被保険者資格喪失申出書（就職等により健康保険を喪失する場合）

（被保険者）住所	〒310 － 0022 水戸市梅香１丁目○番○号
氏名 保険証記号－番号	健保 太朗 9 0 0 ― 1 1 0 0 0
連絡先 （日中の連絡先）	（電話） ０２９－○○○－○○○○ （携帯） ０８０－○○○－○○○○

被保険者証記号	
9	0 0

常務理事	事務長	業務課長	係

記入例

令和 5年 5月 1５日 提出（投函日）

健康保険　**任意継続被保険者（被扶養者）資格喪失申出書**

被保険者欄					
①被保険者氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ （氏 名）健保 太朗	②被保険者の生年月日	⑤ 昭和 7. 平成 44 年 12 月 20 日	年齢 53 歳	③性別 ① 男 2. 女
④就職による資格喪失	令和 5 年 5 月 1 日（再就職した日）	※健保組合記入欄	資格取得日	令和 年 月 日	
⑤死亡による資格喪失	令和 年 月 日（死亡した日）		資格喪失日	令和 年 月 日	
⑥後期高齢者該当による資格喪失	令和 年 月 日（75歳の誕生日）		喪失事由	健康保険法第38条 号該当	
⑦申出による資格喪失	令和 年 月 日（申出年月日）		保険証回収日	本人 令和 年 月 日 家族 令和 年 月 日	
⑧保険証の添付枚数（⑦申出以外の場合）	1．被保険者 1 枚　2．被扶養者 3 枚 4 ⇦ 保険証の添付枚数の合計をご記入下さい。			備考	

被扶養者欄					
⑨被扶養者 同居別居 1．同居 2．別居	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	⑩生年月日 年齢	5．昭和 7．平成 9．令和 年 月 日	歳	⑪性別 1．男 2．女
⑫続柄	⑬資格削除理由および削除日 1．就職 2．異動 3．死亡	令和 年 月 日	⑭保険証の添付 1.有 2.無	被保険者証回収年月日	令和 年 月 日
被扶養者 同居別居 1．同居 2．別居	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	生年月日 年齢	5．昭和 7．平成 9．令和 年 月 日	歳	⑩性別 1．男 2．女
続柄	資格削除理由および削除日 1．就職 2．異動 3．死亡	令和 年 月 日	保険証の添付 1.有 2.無	被保険者証回収年月日	令和 年 月 日
被扶養者 同居別居 1．同居 2．別居	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	生年月日 年齢	5．昭和 7．平成 9．令和 年 月 日	歳	⑩性別 1．男 2．女
続柄	資格削除理由および削除日 1．就職 2．異動 3．死亡	令和 年 月 日	保険証の添付 1.有 2.無	被保険者証回収年月日	令和 年 月 日

（注意）
○保険料について
資格を喪失した月の保険料を納付されている場合、後日「還付請求書」を送付しますので請求手続きをとって 下さい。ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ場合は、その月の保険料の納付が必要となりますので、その月分の還付はありません。
○被保険者の方が亡くなられた場合
被保険者の方が亡くなられた場合は、この申請書の提出は、⑤家族の方が行って下さい。また、埋葬料（費）の支給がありますので、併せて手続きして下さい。
○被扶養者がいる場合
被保険者の喪失にともない被扶養者（家族）も資格を喪失します。この際の被扶養者欄への記入は必要ありません。ただし、被扶養者のみ資格を喪失する際には、被扶養者欄に喪失する被扶養者を記入して下さい。（被保険者欄の記入は必要ありません。）
○この届出をする際には、必ず喪失する被保険者および被扶養者の保険証を添付して下さい。
（ただし、⑦申出による喪失の場合は、後日送付する返信用封筒にて保険証をご返納下さい。）

受 付 印

処理年月日

令和５年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

■被保険者の住所・連絡先は必ず記入して下さい。（日中の連絡先）

■被保険者が資格喪失する場合、被扶養者も同時に資格喪失します。この場合、被扶養者欄への記入は不要です。（被保険者欄は必ず記入して下さい。）

① 被保険者の氏名・フリガナを記入して下さい。

②③ 被保険者の生年月日・年齢・性別を記入して下さい。

④ 再就職した場合に記入して下さい。（就職先に採用された日を記入して下さい。）

⑤ 被保険者が死亡した場合、死亡日を記入します。

⑥ 後期高齢者に該当した場合に記入して下さい。

⑦ 被保険者本人の希望により資格喪失したい場合に記入して下さい。

⑧ 資格喪失にともない、被保険者証は無効になるので、健康保険組合まで返却して下さい。この届出に添付した枚数（本人・家族分の保険証）を記入して下さい。

⑨⑩⑪⑫⑬⑭ 被保険者が喪失する場合、被扶養者も同時に資格喪失します。
この場合にあっては被扶養者欄への記入は不要です。

（注意）
○保険料について
資格を喪失した月の保険料を納付されている場合、後日「還付請求書」を送付しますので請求手続きをとって 下さい。ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ場合は、その月の保険料の納付が必要となりますので、その月分の還付はありません。
○被保険者の方が亡くなられた場合
被保険者の方が亡くなられた場合は、この申請書の提出は、⑤家族の方が行って下さい。また、埋葬料（費）の支給がありますので、併せて手続きして下さい。
○被扶養者がいる場合
被保険者の喪失にともない被扶養者（家族）も資格を喪失します。この際の被扶養者欄への記入は必要ありません。ただし、被扶養者のみ資格を喪失する際には、被扶養者欄に喪失する被扶養者を記入して下さい。（被保険者欄の記入は必要ありません。）
○この届出をする際には、必ず喪失する被保険者および被扶養者の保険証を添付して下さい。
（ただし、⑦申出による喪失の場合は、後日送付する返信用封筒にて保険証をご返納下さい。）

任意継続被保険者資格喪失届（家族のみ資格を削除する場合）

（被保険者）住所	〒310 － 0022 水戸市梅香１丁目○番○号
氏名 保険証記号－番号	健保 太朗 9 0 0 ― 1 1 0 0 0
連絡先 （日中の連絡先）	（電話） ０２９－○○○－○○○○ （携帯） ０８０－○○○－○○○○

記号	常務理事	事務長	業務課長	係
9 0 0				

記入例

令和 ５年 ５月 １５日 提出（投函日）

健康保険　**任意継続被保険者（被扶養者）資格喪失申出書**

被保険者欄				
①被保険者氏名	（フリガナ） （氏 名）	②被保険者の生年月日	5. 昭和 7. 平成 年 月 日	年齢 歳 / ③性別 1. 男 2. 女
④就職による資格喪失	令和 年 月 日（再就職した日）	※健保組合記入欄	資格取得日	令和 年 月 日
⑤死亡による資格喪失	令和 年 月 日（死亡した日）		資格喪失日	令和 年 月 日
⑥後期高齢者該当による資格喪失	令和 年 月 日（75歳の誕生日）		喪失事由	健康保険法第38条 号該当
⑦申出による資格喪失	令和 年 月 日（申出年月日）		保険証回収日	本人 令和 年 月 日 家族 令和 年 月 日
⑧保険証の添付枚数（⑦申出以外の場合）	１．被保険者 □ 枚　２．被扶養者 □ 枚 □ ⇐ 保険証の添付枚数の合計をご記入下さい。			備考

被扶養者欄					
⑨被扶養者 ① 同居 2. 別居	（フリガナ）ケンポ ヨシコ 氏名 健保 良子	⑩生年月日	⑤ 昭和 7. 平成 47 年 2 月 20 日 9. 令和	51 歳	⑪性別 1. 男 ② 女
⑫続柄 妻	⑬資格削除理由および削除日 ① 就職 2. 異動 3. 死亡	令和 5 年 5 月 1 日	⑭保険証の添付 ① 有 2.無	被保険者証回収年月日	令和 年 月 日
被扶養者 1. 同居 2. 別居	（フリガナ） 氏名	生年月日	5. 昭和 7. 平成 年 月 日 9. 令和	歳	⑩性別 1. 男 2. 女
続柄	資格削除理由および削除日 1. 就職 2. 異動 3. 死亡	令和 年 月 日	保険証の添付 1.有 2.無	被保険者証回収年月日	令和 年 月 日
被扶養者 1. 同居 2. 別居	（フリガナ） 氏名	生年月日	5. 昭和 7. 平成 年 月 日 9. 令和	歳	⑩性別 1. 男 2. 女
続柄	資格削除理由および削除日 1. 就職 2. 異動 3. 死亡	令和 年 月 日	保険証の添付 1.有 2.無	被保険者証回収年月日	令和 年 月 日

（注意）
○保険料について
資格を喪失した月の保険料を納付されている場合、後日「還付請求書」を送付しますので請求手続きをとって 下さい。ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ場合は、その月の保険料の納付が必要となりますので、その月分の還付はありません。
○被保険者の方が亡くなられた場合
被保険者の方が亡くなられた場合は、この申請書の提出は、⑤家族の方が行って下さい。また、埋葬料（費）の支給がありますので、併せて手続きして下さい。
○被扶養者がいる場合
被保険者の喪失にともない被扶養者（家族）も資格を喪失します。この際の被扶養者欄への記入は必要ありません。ただし、被扶養者のみ資格を喪失する際には、被扶養者欄に喪失する被扶養者を記入して下さい。（被保険者欄の記入は必要ありません。）
○この届出をする際には、必ず喪失する被保険者および被扶養者の保険証を添付して下さい。
（ただし、⑦申出による喪失の場合は、後日送付する返信用封筒にて保険証をご返納下さい。）

受付印

処理年月日

令和５年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

■被保険者の住所・連絡先は必ず記入して下さ い。（日中の連絡先）

■被扶養者（家族）のみが資格喪失（削除）する場合、被扶養者欄を記入して下さい。
（被保険者欄は記入不要です。）

①～⑧　記入不要です。

⑨　被扶養者との同居または別居に○を付けて下さい。被扶養者の氏名を記入して下さい。

⑩⑪⑫　被扶養者の生年月日および年齢、性別、続柄を記入して下さい。

⑬　資格削除日は、就職であれば採用された日、死亡の場合は死亡日の翌日となります。
なお、死亡の場合、「埋葬料（費）支給申請書」も併せて提出します。

⑭　添付「有」に○を付け喪失する被扶養者の保険証を当該申出書一緒に送付して下さい。

○就職の場合は、保険証のコピーを添付して下さい。

（注意）
○保険料について
資格を喪失した月の保険料を納付されている場合、後日「還付請求書」を送付しますので請求手続きをとって 下さい。ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ場合は、その月の保険料の納付が必要となりますので、その月分の還付はありません。
○被保険者の方が亡くなられた場合
被保険者の方が亡くなられた場合は、この申請書の提出は、⑤家族の方が行って下さい。また、埋葬料（費）の支給がありますので、併せて手続きして下さい。
○被扶養者がいる場合
被保険者の喪失にともない被扶養者（家族）も資格を喪失します。この際の被扶養者欄への記入は必要ありません。ただし、被扶養者のみ資格を喪失する際には、被扶養者欄に喪失する被扶養者を記入して下さい。（被保険者欄の記入は必要ありません。）
○この届出をする際には、必ず喪失する被保険者および被扶養者の保険証を添付して下さい。
（ただし、⑦申出による喪失の場合は、後日送付する返信用封筒にて保険証をご返納下さい。）

健康保険　産前産後休業取得者申出書（産前産後休業期間に保険料免除する場合）

取得(記入例)

（事業所）
所在地
名　称
事業主

〒310－○○○○
水戸市梅香1丁目○番地○号
○○○協同組合
代表理事組合長　茨城　太郎

事業所記号		
1	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係

記入例

健保事務担当者確認欄 ☑

正　健康保険 **産前産後休業取得者申出書**　（☑取得 □変更 □終了）

取得者	① 被保険者番号	33		② フリガナ 氏名	(氏) ケンコウ 健康		(名) ヨシコ 良子		③ 生年月日	5．昭和 ⑦ 平成	3 年	7 月	8 日		④ 年齢	31 歳			
	⑤ 出産予定日	令和	5 年	6 月	10 日	⑥ 出産種別	①単胎 2．多胎		⑦ 標準報酬月額	3	0	0	千円						
	⑧ 産前産後休業開始年月日	令和	5 年	4 月	30 日	⑨ 産前産後休業終了予定年月日	令和	5 年	8 月	5 日									
	以下の⑩⑪は出産後に申出書を提出する場合に記入して下さい。																		
	⑩ 出生児の氏名	(フリガナ) (氏)		(名)		⑪ 出産年月日	令和	年	月	日									
変更	⑫ 変更後の出産（予定）日	令和	年	月	日	⑬ 変更後の出産種別	1．単胎 2．多胎												
	⑭ 産前産後休業開始年月日	令和	年	月	日	⑮ 産前産後休業終了予定年月日	令和	年	月	日									
終了	⑯ 産前産後休業終了年月日	令和	年	月	日	○予定より早く産前産後休業を終了した場合													

注意事項

○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）から出産後56日の間に、妊娠又は出産を理由として労務に従事しない期間のことです。

○新規の場合は「取得者」欄に必要事項を記入して下さい。休業開始日の属する月から保険料が免除されます。

○変更・終了の場合、「取得者」欄に産前産後休業取得時に提出いただいた内容を記入のうえ、変更・終了欄に必要事項を記入して下さい。

○この申出書を出産予定日より前に提出された場合で、実際の出産日が予定日と異なった場合は、再度「産前産後休業取得者の申出書（取得・変更・終了）」の「変更」に☑を付け「取得者」欄と「変更」欄を記入のうえ、届出して下さい。出産日がずれることで、休業期間が変更となります。

○産前産後休業取得申請時に記載した予定日より早く産休を終了した場合は、「産前産後休業取得者の申出書（取得・変更・終了）」の「終了」に☑を付け「取得者」欄と「終了」欄を記入のうえ、届出して下さい。

○この届出書は、正・副２通とも提出して下さい。なお、事業主欄の事業主印は省略できます。なお、健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。

令和4年5月改訂版

受付印

処理年月日

茨城県農協健康保険組合

■正・副2通作成して下さい。
■（新規・変更・終了）の「取得」に☑して下さい。
■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

① 被保険者番号を記入して下さい。

②③④ 被保険者の氏名ﾌﾘｶﾞﾅ及び生年月日、年齢を記入して下さい。

⑤⑥ 出産予定日を記入し単胎または多胎の別に○を付けて下さい。

⑦ 標準報酬月額を記入して下さい。

⑧⑨ 出産予定日を基準に産前産後休業の開始日および終了日を記入して下さい。

⑩⑪ 出産後に当該申出する場合に記入して下さい。（出産前の場合は記入不要です。）

⑫～⑯は、変更および終了する場合に記入します。（新規取得の場合は記入不要です。）

注意事項

○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）から出産後56日の間に、妊娠又は出産を理由として労務に従事しない期間のことです。

○新規の場合は「取得者」欄に必要事項を記入して下さい。休業開始日の属する月から保険料が免除されます。

○変更・終了の場合は、「取得者」欄に産前産後休業取得時に提出いただいた内容を記入のうえ、変更・終了欄に必要事項を記入して下さい。

○この申出書を出産予定日より前に提出された場合で、実際の出産日が予定日と異なった場合は、再度「産前産後休業取得者の申出書（取得・変更・終了）」の「変更」に☑を付け「取得者」欄と「変更」欄を記入のうえ、届出して下さい。出産日がずれることで、休業期間が変更となります。

○産前産後休業取得申請時に記載した予定日より早く産休を終了した場合は、「産前産後休業取得者の申出書（取得・変更・終了）」の「終了」に☑を付け「取得者」欄と「終了」欄を記入のうえ、届出して下さい。

○この届出書は、正・副２通とも提出して下さい。なお、事業主欄の事業主印は省略できます。なお、健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。

○前ページで提出した「産前産後休業取得者申出書」（取得）で記入した出産予定日に対し出産日が前後した場合、変更する申出をして下さい。

■正・副2通作成して下さい。事業主欄は記名のみとし事業主印は省略します。
■（新規・変更・終了）の「変更」に☑して下さい。
■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

①～⑨　取得時に記入した情報を記入して下さい。（前ページ参照）

⑩⑪　出生児の氏名および出産日を記入して下さい。

⑫　取得時に記入した出産予定日に対し変更後の出産日を記入して下さい。

⑬　単胎または多胎の別に○を付けて下さい。

⑭　変更後の出産日を基準に産前産後休業の開始日および終了日を記入して下さい。

変更						
⑫ 変更後の出産（予定）日	令和	5 年 6 月 15 日	⑬ 変更後の出産種別	(単胎) 多胎		
⑭ 産前産後休業開始年月日	令和	5 年 4 月 30 日	⑮ 産前産後休業終了予定年月日	令和	5 年 8 月 10 日	

（事業所）所在地 名称 事業主
〒310－0000
水戸市梅香1丁目○番地○号
○○○協同組合
代表理事組合長　茨城　太郎

変更（記入例）

事業所記号		
1	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係

記入例

健保事務担当者確認欄 ☑

令和 5 年 6 月 20 日 提出

正　健康保険 **産前産後休業取得者申出書**　（ □取得 ☑変更 □ 終了）

取得者						
① 被保険者番号	33	② フリガナ 氏名	（氏）ケンコウ 健康	（名）ヨシコ 良子	③ 生年月日 5．昭和 ⑦ 平成 3 年 7 月 8 日	④ 年齢 31 歳
⑤ 出産予定日	令和 5 年 6 月 10 日	⑥ 出産種別	(1．単胎) 2．多胎	⑦ 標準報酬月額 3 0 0 千円		
⑧ 産前産後休業開始年月日	令和 5 年 4 月 30 日	⑨ 産前産後休業終了予定年月日	令和 5 年 8 月 5 日			
以下の⑩⑪は出産後に申出書を提出する場合に記入して下さい。						
⑩ 出生児の氏名	（フリガナ）ケンコウ リョウイチ （氏）健康 （名）良一	⑪ 出産年月日	令和 5 年 6 月 15 日			

変更				
⑫ 変更後の出産（予定）日	令和 5 年 6 月 15 日	⑬ 変更後の出産種別	(単胎) 多胎	
⑭ 産前産後休業開始年月日	令和 5 年 4 月 30 日	⑮ 産前産後休業終了予定年月日	令和 5 年 8 月 10 日	

終了		
⑯ 産前産後休業終了年月日	令和 年 月 日	○予定より早く産前産後休業を終了した場合

注意事項

○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）から出産後56日の間に、妊娠又は出産を理由として労務に従事しない期間のことです。

○新規の場合は「取得者」欄に必要事項を記入して下さい。休業開始日の属する月から保険料が免除されます。

○変更・終了の場合、「取得者」欄に産前産後休業取得時に提出いただいた内容を記入のうえ、変更・終了欄に必要事項を記入して下さい。

○この申出書を出産予定日より前に提出された場合で、実際の出産日が予定日と異なった場合は、再度「産前産後休業取得者の申出書（取得・変更・終了）」の「変更」に☑を付け「取得者」欄と「変更」欄を記入のうえ、届出して下さい。出産日がずれることで、休業期間が変更となります。

○産前産後休業取得申請時に記載した予定日より早く産休を終了した場合は、「産前産後休業取得者の申出書（取得・変更・終了）」の「終了」に☑を付け「取得者」欄と「終了」欄を記入のうえ、届出して下さい。

○この届出書は、正・副２通とも提出して下さい。なお、事業主欄の事業主印は省略できます。なお、健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。

令和4年5月改訂版

受付印

処理年月日

茨城県農協健康保険組合

終了（記入例）

（事業所）
所在地　〒310－○○○○
名　称　水戸市梅香1丁目○番地○号
事業主　○○○協同組合
代表理事組合長　茨城　太郎

事業所記号		
1	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係

記入例

健保事務担当者確認欄 ☑

令和　5　年　8　月　1　日　提出

正　健康保険 **産前産後休業取得者申出書**　（ □取得 □変更 ☑ 終了）

取得者	① 被保険者番号	33	② フリガナ / 氏名	（氏）ケンコウ / 健康	（名）ヨシコ / 良子	③ 生年月日	5．昭和 ⑦ 平成　3 年 7 月 8 日	④ 年齢 32 歳
	⑤ 出産予定日	令和 5 年 6 月 10 日	⑥ 出産種別	①．単胎　2．多胎	⑦ 標準報酬月額	3 0 0 千円		
	⑧ 産前産後休業開始年月日	令和 5 年 4 月 30 日	⑨ 産前産後休業終了予定年月日	令和 5 年 8 月 5 日				
	以下の⑩⑪は出産後に申出書を提出する場合に記入して下さい。							
	⑩ 出生児の氏名	（フリガナ）ケンコウ / （氏）健康	（フリガナ）リョウイチ / （名）良一	⑪ 出産年月日	令和 5 年 6 月 15 日			
変更	⑫ 変更後の出産（予定）日	令和　年　月　日	⑬ 変更後の出産種別	単胎　多胎				
	⑭ 産前産後休業開始年月日	令和　年　月　日	⑮ 産前産後休業終了予定年月日	令和　年　月　日				
終了	⑯ 産前産後休業終了年月日	令和 5 年 7 月 31 日	○予定より早く産前産後休業を終了した場合					

注意事項

○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）から出産後56日の間に、妊娠又は出産を理由として労務に従事しない期間のことです。

○新規の場合は「取得者」欄に必要事項を記入して下さい。休業開始日の属する月から保険料が免除されます。

○変更・終了の場合、「取得者」欄に産前産後休業取得時に提出いただいた内容を記入のうえ、変更・終了欄に必要事項を記入して下さ い。

○この申出書を出産予定日より前に提出された場合で、実際の出産日が予定日と異なった場合は、再度「産前産後休業取得者の申出書（取得・変更・終了）」の「変更」に☑を付け「取得者」欄と「変更」欄を記入のうえ、届出して下さい。出産日がずれることで、休業期間が変更となります。

○産前産後休業取得申請時に記載した予定日より早く産休を終了した場合は、「産前産後休業取得者の申出書（取得・変更・終了）」の「終了」に☑を付け「取得者」欄と「終了」欄を記入のうえ、届出して下さい。

○この届出書は、正・副２通とも提出して下さい。なお、事業主欄の事業主印は省略できます。なお、健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。

令和４年５月改訂版

受付印

処理年月日

茨城県農協健康保険組合

○取得、変更で申し出た産前産後休業の終了日より早く終了した場合に提出して下さい。

■正・副2通作成して下さい。事業主欄は記名のみとし事業主印は省略します。
■（新規・変更・終了）の「終了」に☑して下さい。
■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

①～⑨　取得時に記入した情報を記入して下さい。（前ページ参照）

⑩⑪　出生児の氏名および出産日を記入して下さい。

⑫～⑮　変更時に記入した情報を記入して下さい。（前ページ参照）

⑯　産前産後休業の終了日を記入して下さい。

終了	⑯ 産前産後休業終了年月日	令和 5 年 7 月 31 日	○予定より早く産前産後休業を終了した場合

※産後6週間経過したとき医師の許可があれば働くことができます。

（事業所） 所在地 名　称 事業主	副	殿	事業所記号	〒310－0022 茨城県水戸市梅香1-5-5 JA会館分館5F TEL.029-232-2270 茨城県農協健康保険組合　理事長

副　健康保険　**産前産後休業取得者確認通知書**　（ □取得 □変更 □ 終了）

取得者	① 被保険者番号		② フリガナ / 氏名	（氏）	（名）	③ 生年月日 5．昭和 7．平成 年 月 日	④ 年齢 歳	
	⑤ 出産予定日	令和 年 月 日	⑥ 出産種別	1．単胎　2．多胎	⑦ 標準報酬月額 千円			
	⑧ 産前産後休業開始年月日	令和 年 月 日	⑨ 産前産後休業終了予定年月日	令和 年 月 日				
	以下の⑩⑪は出産後に申出書を提出する場合に記入して下さい。							
	⑩ 出生児の氏名	（フリガナ）（氏）	（名）	⑪ 出産年月日	令和 年 月 日			

変更	⑫ 変更後の出産（予定）日	令和 年 月 日	⑬ 変更後の出産種別	1．単胎　2．多胎
	⑭ 産前産後休業開始年月日	令和 年 月 日	⑮ 産前産後休業終了予定年月日	令和 年 月 日

終了	⑯ 産前産後休業終了年月日	令和 年 月 日	○予定より早く産前産後休業を終了した場合

上記のとおり産前産後休業者を確認したので通知します。保険料が免除される旨、被保険者へお知らせ下さい。
保険料が免除される期間は、産前産後休業開始年月日の属する月から産前産後休業が終了日の翌日の属する月の前月までです。

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官（地方厚生局内）に対して審査請求をすることができます。（また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取り消しの訴えを提起することができます。）
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定または裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）
なお、審査請求があった日から2ヶ月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるた緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

確　認　印

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

＜手続きの概要＞

○この申出は、被保険者から産前産後休業取得の申し出があった場合に事業主が行います。
この申し出により、産前産後休業開始月から終了予定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）までの期間の保険料が免除されます。

○産前産後休業とは、出産日（予定日）以前４２日（多胎妊娠の場合は９８日）から出産日後５６日目までの間で妊娠または出産（※）に関することを理由とし労務に服さなかった期間をいいます。

（※）出産とは、妊娠８５日（４ヶ月）以後の分娩をいいます。早産、死産、流産、人工中絶も含まれます。

＜留意事項＞

○この申出は、被保険者が産前産後休業を取得するたびに事業主が手続きを行う必要があります。
また、被保険者が産前産後休業している間に行わなければなりません。

○出産後に申出する場合、出産予定日より前に出産したときは、出産年月日以前４２日（多胎妊娠の場合９８日）の範囲で妊娠または出産で労務にふくさなかった期間が産前休業となりますので、開始年月日にご注意下さい。（出産予定年月日を基準とした開始年月日より早まる場合があります。）

○産前産後休業期間中の被保険者の給与が有給であるか無給であるかは、要件ではありません。

○当該申出に添付する書類はありません。

○事業主の押印は省略することができます。

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官（地方厚生局内）に対して審査請求をすることができます。（また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取り消しの訴えを提起することができます。）
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定または裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）
なお、審査請求があった日から2ヶ月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるた緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

健康保険　育児休業取得者申出書（育児休業期間中に保険料を免除する場合）

（事業所）
所在地
名　称
事業主

〒310－〇〇〇〇
水戸市梅香1丁目〇番地〇号
〇〇〇協同組合

代表理事組合長　茨城　太郎

事業所記号		
1	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係

記入例

健保事務担当者確認欄 ☑
令和 5 年 8 月 1 日 提出

正　健康保険　**育児休業取得者申出書**　（☑新規 □延長 □終了）

申出者・新規	① 被保険者番号	33	② フリガナ / 氏名	（氏）ケンコウ / 健康	（名）ヨシオ / 良夫	③ 生年月日・性別	① 男　2. 女	④ 年齢	32 歳
						5. 昭和 / ⑦平成	3 年 7 月 8 日		
	⑤ 養育する子 氏名（フリガナ）	ケンコウ / 健康	リョウイチ / 良一	⑥ 区分	①. 実子　2. その他	⑦ 標準報酬月額	3 0 0 千円		
	⑧ 養育する子 生年月日	令和 5 年 6 月 1 日	⑨ 養育開始年月日（実子以外）	令和 年 月 日					
	⑩ 育児休業開始年月日	令和 5 年 6 月 1 日	⑪ 育児休業終了予定年月日	令和 5 年 6 月 20 日					
	⑫ 育児休業等取得日数	14 日	⑬ 就業予定日数	日	⑭ パパママ育休プラス該当	□該当	⑮ 備考		
延長	⑯ 育児休業終了（予定）年月日（変更後）	令和 年 月 日	○終了予定日を延長する場合（必ず「申出者」欄も記入して下さい。なお、⑩は当初申し出た日付となります。）						
	⑰ 変更後の育児休業等取得日数	日							
終了	⑱ 育児休業終了年月日	令和 年 月 日	○予定より早く育児休業を終了した場合（必ず「申出者」欄も記入して下さい。なお、⑩は当初申し出た日付となります。）						
	⑲ 変更後の育児休業等取得日数	日							

育休等取得内訳									
1	⑳ 育児休業等開始年月日	令和 5 年 6 月 1 日	㉑ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 5 年 6 月 10 日	㉒ 育児休業等取得日数	10 日	㉓ 就業予定日数	日
2	㉔ 育児休業等開始年月日	令和 5 年 6 月 17 日	㉕ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 5 年 6 月 20 日	㉖ 育児休業等取得日数	4 日	㉗ 就業予定日数	日
3	㉘ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉙ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉚ 育児休業等取得日数	日	㉛ 就業予定日数	日
4	㉜ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉝ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉞ 育児休業等取得日数	日	㉟ 就業予定日数	日

注意事項
1．⑩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
⇒⑫育児休業等取得日数と⑬就業予定日数を記入してください。
⇒さらに同月内に複数回の育児休業取得の場合は、⑩は初回の育児休業開始年月日、⑪は最終回の育児休業等終了予定年月日とし、「育休等取得内訳」欄も記入してください。
2．⑩育児休業等開始年月日と延長後の⑯育児休業等終了(予定)年月日の翌日が同月内の場合
⇒⑰変更後の育児休業等取得日数を記入してください。
3．⑩育児休業等開始年月日と⑱育児休業等終了年月日の翌日が同月内の場合
⇒⑲変更後の育児休業等取得日数を記入してください。

受付印

令和4年10月改訂版

処理年月日

茨城県農協健康保険組合

●令和4年10月に次の①、②について制度改正が行われました。
①標準報酬月額に係る保険料免除
ア．開始日が属する月と終了日の翌日が属する月が異なる場合
⇒月末に育児休業等を取得していること
イ．開始日が属する月と終了日の翌日が属する月が同一の場合
⇒14日以上の育児休業を取得していること

■正・副2通作成して下さい。
■健保事務担当者欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

① 被保険者番号を記入して下さい。

②③④ 被保険者の氏名フリガナ及び生年月日、性別、年齢を記入して下さい。

⑤ 養育する子の氏名、フリガナを記入して下さい。

⑥ 養育する子のあてはまる区分に〇を付けて下さい。

⑦ 標準報酬月額を記入して下さい。

⑧ 養育する子の生年月日を記入して下さい。

⑨ 養育する子が実子以外の子の場合に記入して下さい。

⑩⑪ 育児休業の開始日および終了日を記入して下さい。

⑫ 育児休業の取得日数を記入して下さい。

⑬ 育児休業中に就業する日がある場合、その日数を記入して下さい。

⑭ パパママ育休プラスに該当する場合は、☑して下さい。

⑯～⑲ 変更および終了する場合に記入します。（新規の場合は記入不要です。）

⑳～㉟ 同月内に育児休業を分割取得する場合に記入して下さい。

●前ページで提出した「育児休業取得者申出書」（新規）で記入した育児休業の終了を延長する場合、申出が必要となります。

■正・副2通作成して下さい。
■健保事務担当者欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

①～⑭ 新規で申出た当初の情報を記入して下さい。

⑯ 延長する終了年月日を記入して下さい。

⑰ ⑩の育児休業開始日と⑯の育児休業終了（予定）年月日の翌日が同月の場合に記入して下さい。

延長	⑯ 育児休業終了（予定）年月日（変更後）	令和 5 年 7 月 20 日	○終了予定日を延長する場合（必ず「申出者」欄も記入して下さい。なお、⑩は当初申し出た日付となります。）
	⑰ 変更後の育児休業等取得日数	日	

注意事項

1．⑩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
⇒⑫育児休業等取得日数と⑬就業予定日数を記入してください。
⇒さらに同月内に複数回の育児休業取得の場合は、⑩は初回の育児休業開始年月日、⑪は最終回の育児休業等終了予定年月日とし、「育休等取得内訳」欄も記入してください。
2．⑩育児休業等開始年月日と延長後の⑯育児休業等終了(予定)年月日の翌日が同月内の場合
⇒⑰変更後の育児休業等取得日数を記入してください。
3．⑩育児休業等開始年月日と⑱育児休業等終了年月日の翌日が同月内の場合
⇒⑲変更後の育児休業等取得日数を記入してください。

（事業所）所在地 名称 事業主：〒310－0000 水戸市梅香1丁目○番地○号 ○○○協同組合 代表理事組合長 茨城 太郎

事業所記号：1 0 0

常務理事	事務長	業務課長	係

記入例

健保事務担当者確認欄 ☑

令和 5 年 8 月 1 日 提出

正 健康保険 **育児休業取得者申出書** （ □新規 ☑延長 □終了 ）

申出者・新規	① 被保険者番号	33	② フリガナ / 氏名	(氏) ケンコウ / 健康	(名) ヨシオ / 良夫	③ 生年月日・性別	① 男 2．女
						5．昭和 ⑦平成 3 年 7 月 8 日	④ 年齢 32 歳
	⑤ 養育する子 氏名（フリガナ）	ケンコウ / 健康	リョウイチ / 良一	⑥ 区分	①．実子 2．その他	⑦ 標準報酬月額	3 0 0 千円
	⑧ 養育する子生年月日	令和 5 年 6 月 15 日	⑨ 養育開始年月日（実子以外）	令和 年 月 日			
	⑩ 育児休業開始年月日	令和 5 年 6 月 15 日	⑪ 育児休業終了予定年月日	令和 5 年 6 月 30 日			
	⑫ 育児休業等取得日数	14 日	⑬ 就業予定日数	2 日	⑭ パパママ育休プラス該当	□該当	⑮ 備考
延長	⑯ 育児休業終了（予定）年月日（変更後）	令和 5 年 7 月 20 日	○終了予定日を延長する場合（必ず「申出者」欄も記入して下さい。なお、⑩は当初申し出た日付となります。）				
	⑰ 変更後の育児休業等取得日数	日					
終了	⑱ 育児休業終了年月日	令和 年 月 日	○予定より早く育児休業を終了した場合（必ず「申出者」欄も記入して下さい。なお、⑩は当初申し出た日付となります。）				
	⑲ 変更後の育児休業等取得日数	日					

育休等取得内訳									
1	⑳ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉑ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉒ 育児休業等取得日数	日	㉓ 就業予定日数	日
2	㉔ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉕ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉖ 育児休業等取得日数	日	㉗ 就業予定日数	日
3	㉘ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉙ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉚ 育児休業等取得日数	日	㉛ 就業予定日数	日
4	㉜ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉝ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉞ 育児休業等取得日数	日	㉟ 就業予定日数	日

注意事項

1．⑩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
⇒⑫育児休業等取得日数と⑬就業予定日数を記入してください。
⇒さらに同月内に複数回の育児休業取得の場合は、⑩は初回の育児休業開始年月日、⑪は最終回の育児休業等終了予定年月日とし、「育休等取得内訳」欄も記入してください。
2．⑩育児休業等開始年月日と延長後の⑯育児休業等終了(予定)年月日の翌日が同月内の場合
⇒⑰変更後の育児休業等取得日数を記入してください。
3．⑩育児休業等開始年月日と⑱育児休業等終了年月日の翌日が同月内の場合
⇒⑲変更後の育児休業等取得日数を記入してください。

受付印

令和4年10月改訂版

処理年月日

茨城県農協健康保険組合

（事業所） 所在地 名称 事業主	〒310－○○○○ 水戸市梅香1丁目○番地○号 ○○○協同組合 代表理事組合長　茨城　太郎

事業所記号		
1	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係

記入例

健保事務担当者確認欄 ☑

令和 5 年 8 月 1 日 提出

正　健康保険　**育児休業取得者申出書**　（ □新規 □延長 ☑ 終了）

申出者・新規	① 被保険者番号	20	② フリガナ / 氏名	（氏）ケンコウ / 健康	（名）ヨシオ / 良夫	③ 生年月日・性別	1. 男　2. 女
						5. 昭和 / 7. 平成 3 年 7 月 8 日	④ 年齢 32 歳
	⑤ 養育する子 氏名（フリガナ）	ケンコウ / 健康	リョウイチ / 良一	⑥ 区分	1. 実子　2. その他	⑦ 標準報酬月額	3 0 0 千円
	⑧ 養育する子生年月日	令和 5 年 6 月 15 日	⑨ 養育開始年月日（実子以外）	令和 年 月 日			
	⑩ 育児休業開始年月日	令和 5 年 6 月 15 日	⑪ 育児休業終了予定年月日	令和 5 年 6 月 30 日			
	⑫ 育児休業等取得日数	14 日	⑬ 就業予定日数	2 日	⑭ パパママ育休プラス該当	□該当	⑮ 備考
延長	⑯ 育児休業終了（予定）年月日（変更後）	令和 年 月 日	○終了予定日を延長する場合（必ず「申出者」欄も記入して下さい。なお、⑩は当初申し出た日付となります。）				
	⑰ 変更後の育児休業等取得日数	日					
終了	⑱ 育児休業終了年月日	令和 5 年 6 月 25 日	○予定より早く育児休業を終了した場合（必ず「申出者」欄も記入して下さい。なお、⑩は当初申し出た日付となります。）				
	⑲ 変更後の育児休業等取得日数	11 日					

育休等取得内訳											
1	⑳ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉑ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉒ 育児休業等取得日数	日	㉓ 就業予定日数	日
2	㉔ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉕ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉖ 育児休業等取得日数	日	㉗ 就業予定日数	日
3	㉘ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉙ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉚ 育児休業等取得日数	日	㉛ 就業予定日数	日
4	㉜ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉝ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉞ 育児休業等取得日数	日	㉟ 就業予定日数	日

注意事項

1．⑩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
⇒⑫育児休業等取得日数と⑬就業予定日数を記入してください。
⇒さらに同月内に複数回の育児休業取得の場合は、⑩は初回の育児休業開始年月日、⑪は最終回の育児休業等終了予定年月日とし、「育休等取得内訳」欄も記入してください。
2．⑩育児休業等開始年月日と延長後の⑯育児休業等終了(予定)年月日の翌日が同月内の場合
⇒⑰変更後の育児休業等取得日数を記入してください。
3．⑩育児休業等開始年月日と⑱育児休業等終了年月日の翌日が同月内の場合
⇒⑲変更後の育児休業等取得日数を記入してください。

受付印

令和4年10月改訂版

処理年月日

茨城県農協健康保険組合

●新規・延長で申出た育児休業の終了日より早く終了した場合に提出して下さい。

■正・副2通作成して下さい。
■健保事務担当者欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

①～⑭　新規で申出た当初の情報を記入して下さい。

⑯⑰　延長時に記入した年月日を記入して下さい。

⑱　育児休業を終了する年月日を記入して下さい。

⑲　⑩の育児休業開始日と⑱の育休業終了日の翌日が同月の場合に記入して下さい。

終了	⑱ 育児休業終了年月日	令和 5 年 6 月 25 日	○予定より早く育児休業を終了した場合（必ず「申出者」欄も記入して下さい。なお、⑩は当初申し出た日付となります。）
	⑲ 変更後の育児休業等取得日数	11 日	

注意事項

1．⑩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
⇒⑫育児休業等取得日数と⑬就業予定日数を記入してください。
⇒さらに同月内に複数回の育児休業取得の場合は、⑩は初回の育児休業開始年月日、⑪は最終回の育児休業等終了予定年月日とし、「育休等取得内訳」欄も記入してください。
2．⑩育児休業等開始年月日と延長後の⑯育児休業等終了(予定)年月日の翌日が同月内の場合
⇒⑰変更後の育児休業等取得日数を記入してください。
3．⑩育児休業等開始年月日と⑱育児休業等終了年月日の翌日が同月内の場合
⇒⑲変更後の育児休業等取得日数を記入してください。

（事業所） 所在地 名　称 事業主	副	事業所記号	〒310－0022 茨城県水戸市梅香1-5-5 JA会館分館5F TEL.029-232-2270 茨城県農協健康保険組合　理事長

副　健康保険 **育児休業取得者確認通知書**　（ □新規 □延長 □ 終了）

申出者・新規	① 被保険者番号		② ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	（氏）	（名）	③ 生年月日・性別	1．男　2．女
						5．昭和 7．平成 年 月 日	④ 年齢 歳
	⑤ 養育する子 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）				⑥ 区分	1．実子　2．その他	⑦ 標準報酬月額 千円
	⑧ 養育する子 生年月日	令和 年 月 日			⑨ 養育開始年月日（実子以外）	令和 年 月 日	
	⑩ 育児休業 開始年月日	令和 年 月 日			⑪ 育児休業 終了予定年月日	令和 年 月 日	
	⑫ 育児休業等取得日数	日	⑬ 就業予定日数	日	⑭ パパママ育休プラス該当	□該当	⑮ 備考

延長	⑯ 育児休業終了予定年月日（変更後）	令和 年 月 日	○終了予定日を延長する場合
	⑰ 変更後の育児休業等取得日数	日	

終了	⑱ 育児休業終了年月日	令和 年 月 日	○予定より早く育児休業を終了した場合
	⑲ 変更後の育児休業等取得日数	日	

育休等取得内訳	1	⑳ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉑ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉒ 育児休業等取得日数	日	㉓ 就業予定日数	日
	2	㉔ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉕ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉖ 育児休業等取得日数	日	㉗ 就業予定日数	日
	3	㉘ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉙ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉚ 育児休業等取得日数	日	㉛ 就業予定日数	日
	4	㉜ 育児休業等開始年月日	令和 年 月 日	㉝ 育児休業等終了(予定)年月日	令和 年 月 日	㉞ 育児休業等取得日数	日	㉟ 就業予定日数	日

上記のとおり育児休業者を確認したので通知します。保険料が免除される旨、被保険者へお知らせ下さい。
保険料が免除される期間は、育児休業開始年月日の属する月から育児休業終了日の翌日の属する月の前月までです

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官（地方厚生局内）に対して審査請求をすることができます。（また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取り消しの訴えを提起することができます。）
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定または裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）
なお、審査請求があった日から2ヶ月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるた緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

確　認　印

令和4年10月改訂版

茨城県農協健康保険組合

＜手続きの概要＞

○この申出は、被保険者から育児休業等取得の申し出があった場合に事業主が行います。
この申出により、育児休業等開始月から育児休業等終了年月日の翌日の属する月の前月までの期間、保険料が免除されます。

＜留意事項＞

○この申出は、被保険者が次の①～④の育児休業等を取得するたびに手続きを行う必要があります。
① １歳に満たない子を養育するための育児休業（「出生時育児休業」を含む）
② １歳から１歳６ヶ月に達するまでの子を養育するための育児休業
③ １歳６ヶ月から２歳に達するまでの子を養育するための育児休業
④ １歳から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

○「出生時育児休業」とは、子の出生後８週間のうち最大４週間について取得することができるものです。
労使で事前調整したうえで休業期間中に就業することを可能としており、その就業する予定の日数を「就業予定日数」といいます。

○「育児休業取得者申出書」により保険料の免除を受けられる期間は、「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」に基づく育児休業等期間に限ります。
なお、事業主等は労働者にあたらないため、この法律による育児休業等は取得できません。

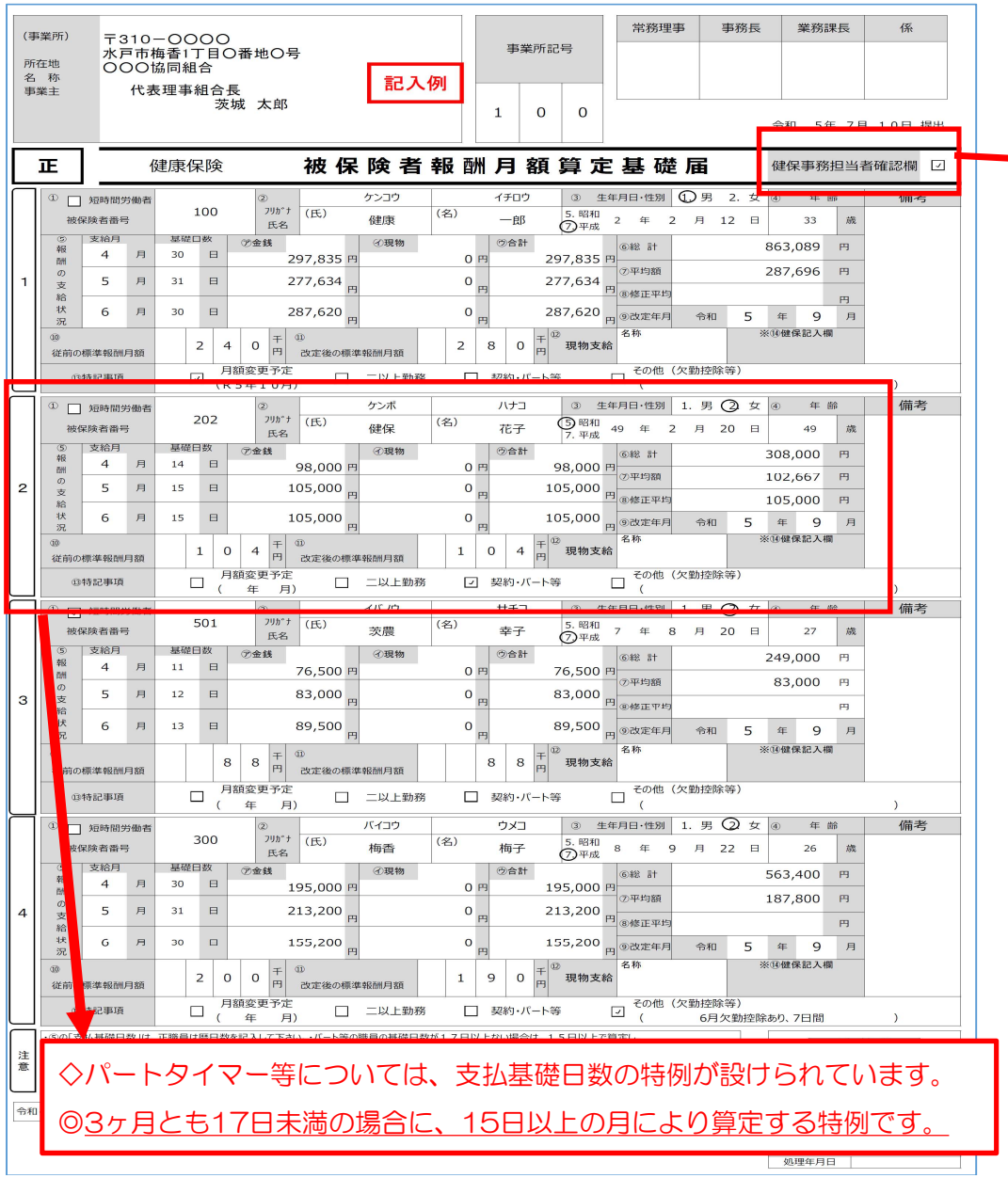
○育児休業等開始年月と育児休業等終了年月日の翌日が属する月が同一の場合には、当該月内で合計１４日間以上の育児休業等を取得しているときに限り、その月の標準報酬月額に係る保険料が免除となります。

○育児休業等開始年月日から１月を超える育児休業等を取得した場合に限り、育児休業等開始年月から育児休業等終了年月日の翌月が属する月の前月までに支払われた賞与に係る保険料が免除されます。

○この申出は、育児休業等開始年月日から、育児休業等終了後１月以内の間に提出してください。
１月を経過した後に提出する場合は、確認のための資料の提出を求めることがあります。

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官（地方厚生局内）に対して審査請求をすることができます。（また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取り消しの訴えを提起することができます。）
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定または裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）
なお、審査請求があった日から2ヶ月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるた緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

健康保険　被保険者報酬月額算定基礎届（定時決定、毎年1回標報月額を決め直します）



■正・副2通作成して下さい。
■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。
■総括表は不要です。

健保事務担当者確認欄 ☑

① 被保険者番号を記入して下さい。被保険者が特定適用事業所の短時間労働者の場合、☑を付けて下さい。

②③④ 被保険者の氏名、フリガナ、生年月日、性別、年齢を記入して下さい。

⑤ 被保険者の報酬の支払基礎日数（正職員の場合は暦日数、パート等の場合は出勤日数を記入します。
なお、支払基礎日数が上記の日数を満たさない月がある場合（パート、短時間労働者以外は17日以上必要）、その月を除く月で算定します。

⑥⑦ 3ヶ月の総支給額と平均額を記入して下さい。

⑧ 遅配給与の支払いや昇給等が遡ったことにより、対象月中に差額分が含まれている場合には差額分を除いた平均額を記入して下さい。

⑨ 改定年月は、令和5年9月と記入して下さい。ここで決定される標準報酬月額は来年の8月末日まで適用されます。ただし、随時改定があれば、随時改定で決定された標準報酬月額が優先されます。

⑩⑪ 従前の標準報酬月額および改定後の標準報酬月額を記入して下さい。

⑫ 4～5月の給与の一部（または全部）が通貨以外のもので現物による支給があった場合に記入して下さい。

⑬ 当てはまる項目に☑を付けて下さい。その他は、欠勤控除等があった場合、記入して下さい。

⑭ 健保記入欄です。

（事業所）
所在地
名　称
事業主

〒310－〇〇〇〇
水戸市梅香1丁目〇番地〇号
〇〇〇協同組合
代表理事組合長
茨城　太郎　殿

記入例

副

事業所記号		
1	0	0

〒310－0022
茨城県水戸市梅香1-5-5
JA会館分館5F
TEL.029-232-2270

茨城県農協健康保険組合　理事長

副　健康保険　**被保険者標準報酬決定通知書**

	① 被保険者番号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日・性別	④ 年齢	備考
1	100	ケンコウ イチロウ （氏）健康 （名）一郎	5. 昭和 7. 平成 2 年 2 月 12 日 1. 男 2. 女	33 歳	
2	202	ケンポ ハナコ （氏）健保 （名）花子	5. 昭和 7. 平成 49 年 3 月 20 日 1. 男 2. 女	49 歳	
3	501	イバノウ ハナコ （氏）茨農 （名）幸子	5. 昭和 7. 平成 7 年 8 月 20 日 1. 男 2. 女	27 歳	
4	300	バイコウ ウメコ （氏）梅香 （名）梅子	5. 昭和 7. 平成 8 年 9 月 22 日 1. 男 2. 女	26 歳	

	⑤ 支給月	基礎日数	⑦金銭	⑧現物	⑨合計	⑥総計	⑦平均額	⑧修正平均	⑨改定年月
1	4 月	30 日	297,835 円	0 円	297,835 円	863,089 円	287,696 円		令和 5 年 9 月
	5 月	31 日	277,634 円	0 円	277,634 円				
	6 月	30 日	287,620 円	0 円	287,620 円				
2	4 月	14 日	98,000 円	0 円	98,000 円	302,000 円	102,667 円	105,000 円	令和 5 年 9 月
	5 月	15 日	105,000 円	0 円	105,000 円				
	6 月	15 日	105,000 円	0 円	105,000 円				
3	4 月	11 日	76,500 円	0 円	76,500 円	[illegible]	[illegible]		令和 5 年 9 月
	5 月	12 日	83,000 円	0 円	83,000 円				
	6 月	13 日	89,500 円	0 円	89,500 円				
4	4 月	30 日	195,000 円	0 円	195,000 円	[illegible]	[illegible]		令和 5 年 9 月
	5 月	31 日	213,200 円	0 円	213,200 円				
	6 月	30 日	155,200 円	0 円	155,200 円				

	⑩ 従前の標準報酬月額	⑪ 改定後の標準報酬月額	⑫ 現物支給 名称	※⑭健保記入欄	⑬特記事項
1	240 千円	280 千円		10改予定	☑ 月額変更予定（R５年１０月）　☐ 二以上勤務　☐ 契約・パート等　☐ その他（欠勤控除等）（　）
2	104 千円	104 千円		パートのため支払基礎日数15日以上	☐ 月額変更予定（年　月）　☐ 二以上勤務　☑ 契約・パート等　☐ その他（欠勤控除等）（　）
3	88 千円	88 千円		短時間労働者のため支払基礎日数11日以上	☐ 月額変更予定（年　月）　☐ 二以上勤務　☐ 契約・パート等　☐ その他（欠勤控除等）（　）
4	200 千円	190 千円		欠勤あるも支払基礎日数は17日以上有り	☐ 月額変更予定（年　月）　☐ 二以上勤務　☐ 契約・パート等　☑ その他（欠勤控除等）（6月欠勤控除あり、7日間）

上記のとおり標準報酬月額が決定されたので通知します。

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官（地方厚生局内）に対して審査請求をすることができます。（また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取り消しの訴えを提起することができます。）
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定または裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）
なお、審査請求があった日から2ヶ月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

確　忍　印

茨城県農協健康保険組合

令和4年5月改訂版

＜手続きの概要＞

〇事業主は、７月１日現在の全ての被保険者について、その年の４～６月に支給した報酬を届出します。この届出は毎年１回、その年の９月から翌年の8月末日までの保険料や保険給付金の基礎となる標準報酬月額を決めるためのものです。

〇４～６月の報酬の平均で標準報酬月額を算出することが「著しく不当であると認める」場合（以下、①～⑤の場合）には、保険者算定ができることが健康保険法第４４条により規定されています。

（保険者算定）
①４月、５月、6月の３ヶ月間において、３月以前分の給与の遅配を受けた場合、または遡った昇給により数ヶ月分の差額を一括して受けた場合など、当該期間に通常受けるべき報酬以外の報酬の支払いを受けた場合
②４月、５月、６月のいずれかの月において、低額の休職給を受けた場合
③４月、５月、６月のいずれかの月において、ストライキによる賃金カットがあった場合
④「４月、５月、6月の給与の平均額から算出した標準報酬月額」と「前年7月から当年の６月までの給与の平均額から算出した標準報酬月額」に２等級以上の差が生じた場合であって、その差が業務性質上例年発生することが見込まれる場合
⑤給与計算期間の途中で資格取得（途中入社）したことにより、4月、5月、6月のいずれかに1ヶ月分の報酬が支給されない月がある場合

＜留意事項＞

〇毎年7月1日現在、事業所に在籍する全ての被保険者が届出の対象となりますが、次に該当する被保険者は、届出の対象から除かれます。

・6月1日以降に資格取得した方
・7月の随時改定に該当した方
・8月または9月に随時改定が予定されている方
ただし、8月または9月の随時改定が不該当となった場合は、算定基礎届の提出が必要となります。

〇届出書については、電子申請または電子媒体での届出も可能です。

〇事業主の押印は省略することができます。

健康保険　被保険者報酬月額変更届（報酬に大幅な変動があった場合）

（事業所）
所在地　〒310－○○○○
名　称　水戸市梅香1丁目○番地○号
事業主　○○○協同組合
代表理事組合長　茨城　太郎

事業所記号		
1	0	0

記入例

常務理事	事務長	業務課長	係

令和　5年　8月　1日　提出

正　健康保険　**被保険者報酬月額変更届**　健保事務担当者確認欄 ☑

	① 被保険者番号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日・性別	④年齢	備考
1	☐ 短時間労働者 100	ケンコウ イチロウ (氏) 健康 (名) 一郎	5. 昭和 ⑦ 平成 2 年 2 月 12 日 ① 男 2. 女	33 歳	
2	☐ 短時間労働者 202	ケンポ ハナコ (氏) 健保 (名) 花子	7. 平成 ⑤ 昭和 45 年 3 月 12 日 1. 男 ② 女	53 歳	
3	☑ 短時間労働者 501	イバノウ サチコ (氏) 茨農 (名) 幸子	7. 平成 ⑦ 昭和 7 年 8 月 20 日 1. 男 ② 女	27 歳	区分変更届提出済み
4	☐ 短時間労働者 300	バイコウ ウメコ (氏) 梅香 (名) 梅子	7. 平成 ⑤ 昭和 36 年 5 月 2 日 1. 男 ② 女	62 歳	

	⑤ 報酬の支給状況 支給月	基礎日数	㋐金銭	㋑現物	㋒合計	⑥総計	⑦平均額	⑧修正平均	⑨改定年月
1	5月	31日	297,835円	0円	297,835円	863,089円	287,696円		
	6月	30日	277,634円	0円	277,634円				
	7月	31日	287,620円	0円	287,620円				令和 5 年 8 月
2	5月	17日	101,000円	0円	101,000円	311,000円	103,667円		
	6月	18日	108,000円	0円	108,000円				
	7月	17日	102,000円	0円	102,000円				令和 5 年 8 月
3	5月	11日	76,500円	0円	76,500円	249,000円	83,000円		
	6月	12日	83,000円	0円	83,000円				
	7月	13日	89,500円	0円	89,500円				令和 5 年 8 月
4	5月	17日	131,800円	0円	131,800円	410,920円	136,973円		
	6月	17日	141,800円	0円	141,800円				
	7月	17日	137,320円	0円	137,320円				令和 5 年 8 月

	⑩ 従前の標準報酬月額	⑪ 改定後の標準報酬月額	⑫ 給与締切日 支払日 締日（月給者以外）	支払日（月給者以外）	⑬月額変更する理由（昇・降給の理由等）
1	240千円	280千円	日	☐ 当月 日 ☐ 翌月 日	住宅手当、通勤手当の増加による
2	260千円	104千円	31 日	☐ 当月 日 ☑ 翌月 21 日	月給から日給へ変更したため
3	180千円	88千円	31 日	☐ 当月 日 ☑ 翌月 21 日	契約職員から短時間労働者へ契約変更したため
4	118千円	134千円	31 日	☐ 当月 日 ☑ 翌月 21 日	契約日額の増額による

注意
<この届出書は固定的賃金の変動により報酬に大幅な変動があった場合に提出します>
○昇給・降給により固定的賃金に変動があり（日給から月給など賃金体系の変更も含む）、固定的賃金に変動があった月以降3ヶ月すべての「給与計算の基礎日数が17日以上（短時間労働者の場合11日）あるときに、改定後と改定前の標準報酬月額を比較し2等級以上の差が生じている場合に月額変更となります。
○この届出書は正・副を作成して下さい。事業主欄の事業主印は省略することができます。
○健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

受付印
処理年月日

■この届出は、固定賃金の変動により、報酬に大幅な変動があった場合に提出します。
■正・副2通作成して下さい。
■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

① 被保険者番号を記入して下さい。特定適用事業所の短時間労働者である場合、☑を付けて下さい。

②③④ 被保険者の性別・生年月日・年齢を記入して下さい。

⑤ 給与の支給状況を記入して下さい。支給月は変動後の賃金を支払った月から3ヶ月を記入して下さい。基礎日数は、月給・週給者は暦日数、日給・時給者は出勤日数等、給与支払いの基礎となった日数を記入して下さい。

⑤-㋐ 通貨によるものの額です。給料・手当等、名称を問わず労働の対価として金銭（通貨）で支払われたもの全ての合計を記入して下さい。
⑤-㋑ 現物によるものの額です。報酬のうち、食事・住宅・被服・通勤定期等、金銭（通貨）以外のものを記入して下さい。現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額（食事・住宅については県ごとの価額、その他被服等については時価により算定した額）を記入して下さい。
⑤-㋒ 「㋐金銭」「㋑現物」の合計額を記入して下さい。

⑥⑦ 総計を記入して下さい。平均は総計を17日以上の月で除した平均額を記入して下さい。

⑧⑨ 修正平均額は、昇給が遡ったため差額分が含まれている場合等、差額分を除いた平均額を記入して下さい。改定年月は、変動した賃金を支払った月から4ヶ月目です。

⑩⑪ 従前（改定前）の標準報酬月額および改定後の標準報酬月額を記入して下さい。

⑫ 月給以外の者の給与の締日と支払い日を記入して下さい。

⑬ 固定的賃金の変動理由を記入して下さい。

（事業所）
所在地
名　称
事業主

〒310－○○○○
水戸市梅香1丁目○番地○号
○○○協同組合
代表理事組合長　茨城　太郎　殿

事業所記号		
1	0	0

記入例

〒310－0022
茨城県水戸市梅香1-5-5
JA会館分館5F
TEL.029-232-2270
茨城県農協健康保険組合　理事長

副　健康保険　**被保険者報酬月額決定通知書**

| | | |

健康保険　産前産後休業終了時報酬月額変更届（産前産後休業終了時に報酬の変動があった場合）

（事業所）
所在地
名称
事業主

〒310－〇〇〇〇
水戸市梅香1丁目〇番地〇号
〇〇〇協同組合

代表理事組合長　茨城　太郎

記入例

事業所記号		
1	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係

確認欄 ☑　この申出については、次の要件を満たしたものです。
〇記載内容については誤りがないか申出者本人が確認しています。

正　健康保険 産前産後休業終了時 **報酬月額変更届**　健保事務担当者確認欄 ☑

申出者欄

前産後休業を終了した際の標準報酬月額の改定について申出します。

令和 6 年 1 月 9 日

茨城県農協健康保険組合　理事長　殿

住所　水戸市梅香2丁目〇番〇号　〇〇ハイツ１０１号
氏名　梅香　梅子　　連絡先　０９８　〇〇〇〇　〇〇〇〇

申出内容を確認のうえ必ず被保険者が☑を付けて下さい。（捺印は不要）

申出内容

①□短時間労働者		②	バイコウ	ウメコ	③ 生年月日	④ 年齢
被保険者番号	233	フリガナ 氏名	梅香	梅子	5. 昭和 ⑦ 平成 4 年 4 月 29 日	31 歳
⑤ 産前産後休業終了年月日	令和 5 年 10 月 13 日	⑥(子) フリガナ 氏名	バイコウ 梅香	イチロウ 一郎	⑦ 出生児の生年月日 令和 5 年 8 月 18 日	⑧ 性別 ① 男 2. 女

⑨ 給与支給月及び月額 支給月	基礎日数	㋐金銭	㋑現物	㋒合計 基礎日数17日以上の合計	総計	511,320 円
10 月	11 日	143,237 円	0 円	143,237 円	平均額	255,660 円
11 月	30 日	254,230 円	0 円	254,230 円	修正平均	円
12 月	31 日	257,090 円	0 円	257,090 円	改定年月	令和 6 年 1 月

⑩ 従前の標準報酬月額	3	2	0	千円	⑪ 改定後の標準報酬月額	2	6	0	千円	⑫給与締切日 支払日	締日 日	支払日 当月 翌月 日

⑮産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて育児休業等を開始していませんか。　☑ 開始していません。　※開始していない場合、☑マークを付けて下さい。

⑬昇給降給　1 昇給　2 降給　3 無

⑭遡及支払　令和　年　月　円

＜この届出書は産前産後休業終了時に子を養育する被保険者の報酬に変動があった場合に提出するものです＞

〇産前産後休業終了日に当該産前産後休業に係る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 しなくても産前産後休業終了日の翌日が属する月以後3ヶ月間に受けた報酬の平 均額に基づき4ヶ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、産前産後休業を終了した日の翌日に引き続き育児休業を開始した場合は、この申出はできません。

〇産前産後休業終了時改定は、従前と終了後の標準報酬月額に1等級以上の差があり、「給与計算の基礎日数」が17日以上（「短時間労働者」の場合は11日）ある月が1月以上あ る場合に、標準報酬月額の改定を行います。
通常の「被保険者報酬月額変更届」（随時改定）とは異なり、固定的 賃金の変動がなくても改定は行われ ます。

〇この届出書は正・副を作成して下さい。正の事業主欄の事業主印は省略することができます。

受付印

処理年月日

（注意）
・健保事務担当者確認欄は、事業所の担当者が☑して下さい。
・記号下にある確認欄は、申出内容を確認の上、必ず被保険者が☑を付けて下さい。

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

■この届出は、産前産後休業終了時に子を養育する被保険者の報酬に変動があった場合に提出します。
■正・副2通作成して下さい。
■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

①②③④　被保険者番号を記入して下さい。特定適用事業所の短時間労働者である場合、☑を付けて下さい。被保険者の性別・生年月日・年齢を記入して下さい。

⑤⑥⑦⑧　産前産後休業を終了した日及び出生児の氏名、生年月日、性別を記入して下さい。

⑨　支給月は産前産後休業終了日の翌日の属する月から3ヶ月を記入して下さい。
給与計算の基礎日数は、月給者は暦日数、日給者は出勤日数等、給与支払の対象となった日数を記入して下さい。また、総計欄は基礎日数が17日以上（短時間労働者は11日以上の月）を総計した額を記入して下さい。平均額は、総計欄で算出した額を17日（11日）以上の月で除した額を記入して下さい。なお、修正平均額は、昇給が遡ったため差額分が含まれている場合等、差額分を除いた平均額を記入して下さい。改定年月は、産前産後休業終了日の翌日の属する月から月から4ヶ月目です。

⑨-㋐　通貨によるものの額です。給料・手当等、名称を問わず労働の対価として金銭（通貨）で支払われたもの全ての合計を記入して下さい。

⑨-㋑　現物によるものの額です。報酬のうち、食事・住宅・被服・通勤定期等、金銭（通貨）以外のものを記入して下さい。現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額（食事・住宅については県ごとの価額、その他被服等については時価により算定した額）を記入して下さい。

⑨-㋒　「㋐金銭」「㋑現物」の合計額を記入して下さい。

⑩⑪　従前（改定前）の標準報酬月額および改定後の標準報酬月額を記入して下さい。

⑫　月給以外の者の給与の締日と支払い日を記入して下さい。

⑬⑭　昇給降給があった場合、1また2に〇を付け下さい。無しの場合、3に〇を付けて下さい。
なお、遡及支払があった場合についても記入して下さい。

⑮　産前産後休業を終了した翌日に引き続き育児休業等を開始していないか確認して下さい。開始している場合、月額変更には該当しません。

（事業所） 所在地 名称 事業主	〒310－○○○○ 水戸市梅香1丁目○番地○号 ○○○協同組合 代表理事組合長　茨城　太郎　殿

記入例

事業所記号		
1	0	0

〒310－0022
茨城県水戸市梅香1-5-5
JA会館分館5F
TEL.029-232-2270
茨城県農協健康保険組合　理事長

副

健康保険 産前産後休業終了時 報酬月額決定通知書

申出者欄

前産後休業を終了した際の標準報酬月額の改定について申出します。

令和 6 年 1 月 9 日

茨城県農協健康保険組合　理事長　殿

住所　水戸市梅香2丁目○番○号　○○ハイツ１０１号

氏名　梅香　梅子　　連絡先　０９０－○○○○－○○○○

申出内容

①□短時間労働者		② フリガナ	バイコウ	ウメコ	③ 生年月日	④ 年齢
被保険者番号	233	氏名	梅香	梅子	5. 昭和 ⑦ 平成　4 年 4 月 29 日	31 歳
⑤ 産前産後休業終了年月日	令和 5 年 10 月 13 日	⑥(子) フリガナ	バイコウ	イチロウ	⑦ 出生児の生年月日	⑧ 性別
		氏名	梅香	一郎	令和 5 年 8 月 18 日	① 男 2. 女

⑨ 給与支給月及び月額	支給月	基礎日数	㋐金銭	㋑現物	㋒合計	基礎日数17日以上の合計		
	10 月	11 日	143,237 円	0 円	143,237 円	総計	511,320	円
	11 月	30 日	254,230 円	0 円	254,230 円	平均額	255,660	円
	12 月	31 日	257,090 円	0 円	257,090 円	修正平均		円
						改定年月	令和 6 年 1 月	

⑩ 従前の標準報酬月額	3	2	0	千円	⑪ 改定後の標準報酬月額	2	6	0	千円	⑫給与締切日 支払日	締日 日	支払日 当月 翌月 日

⑮産前産後休業を終了した日の翌日に引き続いて育児休業等を開始していませんか。	開始していません。	⑬昇給降給	1 昇給　2 降給　3 無
		⑭遡及支払	令和　年　月　円

○上記のとおり産前産後休業終了時の報酬月額を改定したので通知します。保険料が変更される旨、被保険者へお知らせ下さい。

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官（地方厚生局内）に対して審査請求をすることができます。（また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取り消しの訴えを提起することができます。）
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定または裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）
なお、審査請求があった日から2ヶ月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるた緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

確認印

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

＜手続きの概要＞

○この申出は、産前産後休業が終了となる被保険者が産前産後終了後に受ける報酬に変動があった場合、被保険者の申出により事業主をとおし届出するものです。

＜留意事項＞

○次の①②の条件を満たす場合、産前産後休業終了日の翌日の属する月以後３ヶ月間に受けた報酬の平均額に基づき、４ヶ月目（例：「産前産後休業終了日の翌日の属する月」が4月である場合は7月）の標準報酬月額から改定されます。

①従前の標準報酬月額と改定後の標準報酬月額に１等級以上の差が生じているとき。
②産前産後休業終了日の翌日の属する月以後3ヶ月のうち、少なくとも1月における給与の支払基礎日数が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、産前産後休業終了日の翌日の属する月以後、3ヶ月分の報酬の平均額に基づき算出します。
ただし、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）未満の月は除きます。
※産前産後休業を終了した日の翌日に引き続き育児休業を開始した場合、月額変更には該当しないので、この届出の提出はできません。

○添付書類は不要です。

○事業主の押印及び被保険者の捺印は省略することができます。

健康保険　育児休業終了時報酬月額変更届（育児休業終了時に報酬の変動があった場合）

記入例

（事業所）
所在地　〒310－○○○○
水戸市梅香1丁目○番地○号
名　称　○○○協同組合
事業主　代表理事組合長　茨城　太郎

事業所記号		
1	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係

確認欄 ☑　この届出については、次の要件を満たしたものです。
○記載内容については誤りがないか申出者本人が確認しています。

正　健康保険　育児休業終了時 **報酬月額変更届**　健保事務担当者確認欄 ☑

申出者欄

育児休業を終了した際の標準報酬月額の改定について申出します。

令和 5 年 11 月 5 日

茨城県農協健康保険組合　理事長　殿

住所　水戸市梅香2丁目○番○号　○○ハイツ１０１号

氏名　梅香　梅子　　連絡先　０９０－○○○○－○○○○

申出者確認のうえ必ず被保険者が☑を付けて下さい。（捺印は不要）

申出内容

①☑短時間労働者		②フリガナ 氏名	ケンコウ / 健康	ウメコ / 梅子	③生年月日 ⑦平成 4 年 5 月 29 日	④年齢 31 歳
被保険者番号	233				
⑤育児休業終了年月日	令和 5 年 8 月 14 日	⑥(子)フリガナ 氏名	ケンコウ / 健康	イチロウ / 一郎	⑦出生児の生年月日 令和 5 年 8 月 15 日	⑧性別 ①男 2.女

⑨給与支給月及び月額

支給月	基礎日数	㋐金銭	㋑現物	㋒合計 基礎日数17日以上の合計
8 月	13 日	87,000 円	0 円	87,000 円
9 月	15 日	96,250 円	0 円	96,250 円
10 月	15 日	97,600 円	0 円	97,600 円

総計	193,850 円
平均額	96,925 円
修正平均	円
改定年月	令和 5 年 11 月

⑩従前の標準報酬月額	1	2	6	千円	
⑪改定後の標準報酬月額	9	8	千円		

⑫給与締切日 支払日　締日 31 日　支払日 当月 翌月 21日

⑮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等を開始していませんか。　☑開始していません。

⑬昇給降給　1 昇給　2 降給　3 無

⑭遡及支払　年　月　円

＜この届出書は育児休業終了時に3歳未満の子を養育する被保険者の報酬に変動があった場合に提出するものです＞

○「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歳未満の子を養育する被保険者は、一定の条件を満たす場合、随時 改定に該当しなくても産前産後休業終了日の翌日が属する月以後3ヶ月間に受けた報酬の平均額に基づき4ヶ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、育児休業を終了した日の翌日に引き続き産前産後休業を開始した場合は、この申出は できません。

○育児休業終了時改定は、従前と終了後の標準報酬月額に1等級以上の差があり、「給与計算の基礎日数」が17日以上（「短時間労働者」の場合は11日）ある月が1月以上ある場合に、標準報酬月額の改定を行います。通常の「被保険者報酬月額変更届」（随時改定）とは異なり、固定的賃金の変動がなくても改定は行われ ます。

○この届出書は正・副を作成して下さい。事業主欄の事業主印は省略することができます。

受付印

処理年月日

（注意）
・健保事務担当者確認欄は、事業所の担当者が☑して下さい。
・記号下にある確認欄は、申出内容を確認の上、必ず被保険者が☑を付けて下さい。

令和４年５月改訂版

茨城県農協健康保険組合

■この届出は、育児休業等終了時に3歳未満の子を養育する被保険者の報酬に変動があった場合に提出します。
■正・副2通作成して下さい。
■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄　☑

①②③④　被保険者番号を記入して下さい。特定適用事業所の短時間労働者である場合、☑を付けて下さい。被保険者の性別・生年月日・年齢を記入して下さい。

⑤⑥⑦⑧　育児休業を終了した日及び出生児の氏名、生年月日、性別を記入して下さい。

⑨　支給月は育児休業終了日の翌日の属する月から3ヶ月を記入して下さい。
給与計算の基礎日数は、月給者は暦日数、日給者は出勤日数等、給与支払の対象となった日数を記入して下さい。また、総計欄は基礎日数が17日以上（短時間労働者は11日以上の月）を総計した額を記入して下さい。平均額は、総計欄で算出した額を17日（11日）以上の月で除した額を記入して下さい。なお、修正平均額は、昇給が遡ったため差額分が含まれている場合等、差額分を除いた平均額を記入して下さい。改定年月は、産前産後休業終了日の翌日の属する月から月から4ヶ月目です。

⑨-㋐　通貨によるものの額です。給料・手当等、名称を問わず労働の対価として金銭（通貨）で支払われたおもの全ての合計を記入して下さい。

⑨-㋑　現物によるものの額です。報酬のうち、食事・住宅・被服・通勤定期等、金銭（通貨）以外のものを記入して下さい。現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額（食事・住宅については県ごとの価額、その他被服等については時価により算定した額）を記入して下さい。

⑨-㋒　「㋐金銭」「㋑現物」の合計額を記入して下さい。

⑩⑪　従前（改定前）の標準報酬月額および改定後の標準報酬月額を記入して下さい。

⑫　月給以外の者の給与の締日と支払い日を記入して下さい。

⑬⑭　昇給降給があった場合、1また2に○を付け下さい。無しの場合、3に○を付けて下さい。
なお、遡及支払があった場合についても記入して下さい。

⑮　育児休業等を終了した翌日に引き続き産前産後休業中を開始していないか確認して下さい。開始している場合、月額変更には該当しません。

（事業所） 所在地 名　称 事業主	記入例 〒310－〇〇〇〇 水戸市梅香1丁目〇番地〇号 〇〇〇協同組合 代表理事組合長　茨城　太郎　殿	事業所記号 1　0　0	〒310－0022 茨城県水戸市梅香1-5-5 JA会館分館5F TEL.029-232-2270 茨城県農協健康保険組合　理事長

副　健康保険　育児休業終了時 **報酬月額決定通知書**

申出者欄

育児休業を終了した際の標準報酬月額の改定について申出します。

令和 5 年 11 月 5 日

茨城県農協健康保険組合　理事長　殿

住所　水戸市梅香2丁目〇番〇号　〇〇ハイツ１０１号

氏名　梅香　梅子　　連絡先　０９０－〇〇〇〇－〇〇〇〇

申出内容

①☑短時間労働者		② フリガナ	ケンコウ	ウメコ	③ 生年月日	④ 年齢
被保険者番号	233	氏名	健康	梅子	5. 昭和 ⑦ 平成　4 年 5 月 29 日	31 歳
⑤ 育児休業終了年月日	令和 5 年 8 月 14 日	⑥(子) フリガナ	ケンコウ	イチロウ	⑦ 出生児の生年月日	⑧ 性別
		氏名	健康	一郎	令和 5 年 8 月 15 日	① 男 2. 女

⑨ 給与支給月及び月額 支給月	基礎日数	㋐金銭	㋑現物	㋒合計 基礎日数17日以上の合計		
8 月	13 日	87,000 円	0 円	87,000 円	総計	193,850 円
9 月	15 日	96,250 円	0 円	96,250 円	平均額	96,925 円
10 月	15 日	97,600 円	0 円	97,600 円	修正平均	円
					改定年月	令和 5 年 11 月

⑩ 従前の標準報酬月額		1	2	6	千円	⑪ 改定後の標準報酬月額			9	8	千円

⑫給与締切日 支払日	締日	支払日
	31 日	当月 ⑦ 翌月 21日

⑮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ませんか。	開始していません。	⑬昇給降給	1 昇給　2 降給　3 無
		⑭遡及支払	年　月　円

〇上記のとおり育児休業終了時の報酬月額を改定したので通知します。保険料が変更される旨、被保険者へお知らせ下さい。

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官（地方厚生局内）に対して審査請求をすることができます。（また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取り消しの訴えを提起することができます。）
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定または裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）
なお、審査請求があった日から2ヶ月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

確　認　印

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

＜手続きの概要＞

〇この申出は、育児休業終了時に3歳未満の子を養育している被保険者が育児休業等終了時に受ける報酬に変動があった場合、被保険者の申出により事業主をとおし届出するものです。

＜留意事項＞

〇次の①②の条件を満たす場合、育児休業等終了日の翌日の属する月以後３ヶ月間に受けた報酬の平均額に基づき、４ヶ月目（例：「育児休業等終了日の翌日の属する月」が4月である場合は7月）の標準報酬月額から改定されます。

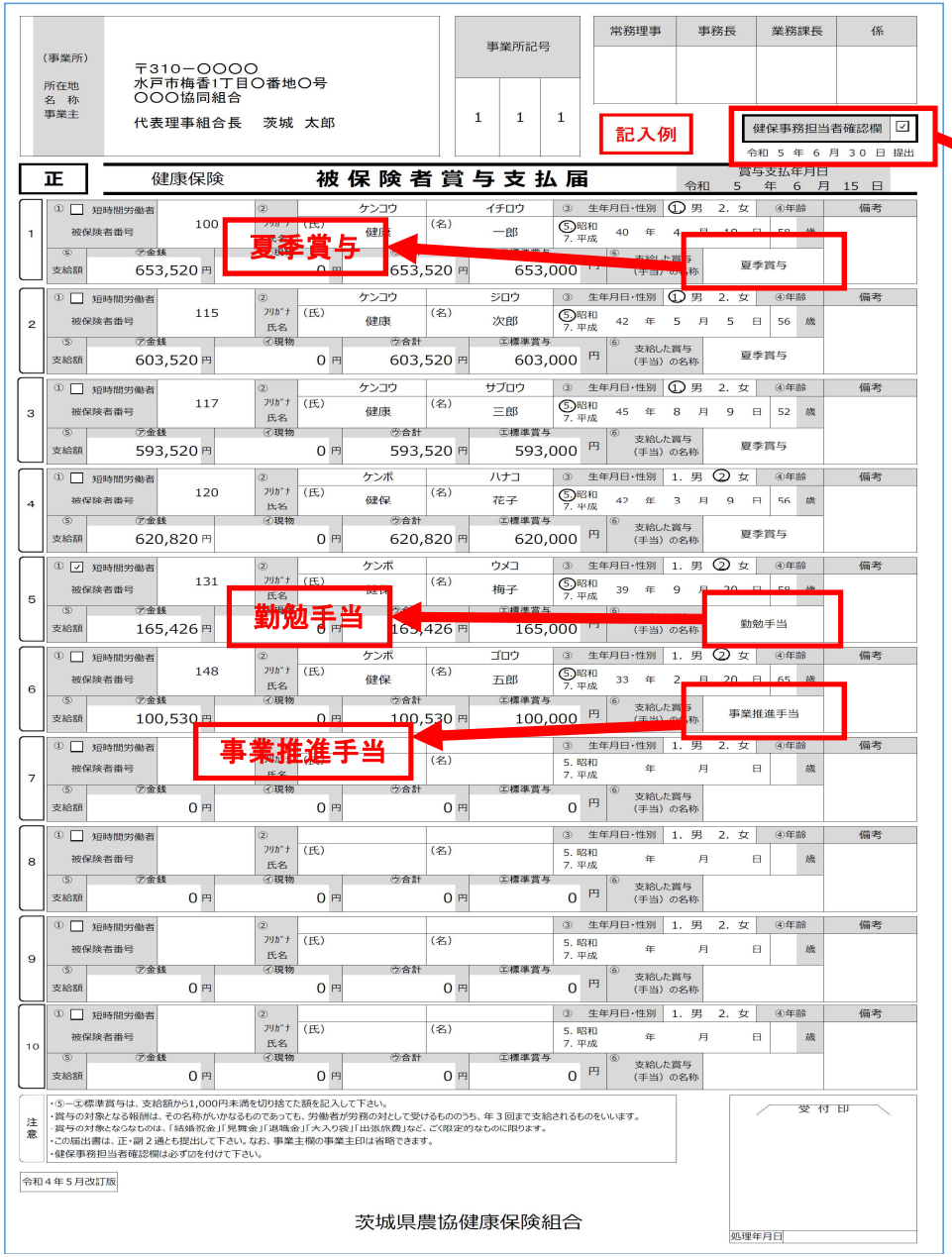
①従前の標準報酬月額と改定後の標準報酬月額に１等級以上の差が生じているとき。
②育児休業終了日の翌日の属する月以後3ヶ月のうち、少なくとも1月における給与の支払基礎日数が17日（特定適用事業所に勤務する短時間労働者は11日）以上であること。

※標準報酬月額は、育児休業等終了日の翌日の属する月以後、3ヶ月分の報酬の平均額に基づき算出します。（例：4月に支払われる給与に変動があった場合、４～６月の3ヶ月の平均）
ただし、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）未満の月は除きます。
※育児休業等を終了した日の翌日に引き続き産前産後休業を開始した場合、月額変更には該当しないので、この届出の提出はできません。

〇添付書類は不要です。

〇事業主の押印及び被保険者の捺印は省略することができます。

健康保険　被保険者賞与支払届（事業所が年3回以下の手当を支給したとき）



（事業所）
所在地
名　称
事業主
〒310－0000
水戸市梅香1丁目0番地0号
000協同組合
代表理事組合長　茨城　太郎

事業所記号		
1	1	1

常務理事	事務長	業務課長	係

記入例

健保事務担当者確認欄 ☑
令和 5 年 6 月 30 日 提出

正　健康保険　被保険者賞与支払届　賞与支払年月日 令和 5 年 6 月 15 日

	被保険者番号	短時間労働者	フリガナ（氏）	氏名（名）	生年月日・性別	年齢	備考	⑦金銭	㋑現物	㋒合計	㋓標準賞与	⑥支給した賞与（手当）の名称
1	100	☐	ケンコウ 健康	イチロウ 一郎	①男 2.女 ⑤昭和 7.平成 40年4月10日	56歳		653,520円	0円	653,520円	653,000円	夏季賞与
2	115	☐	ケンコウ 健康	ジロウ 次郎	①男 2.女 ⑤昭和 7.平成 42年5月5日	56歳		603,520円	0円	603,520円	603,000円	夏季賞与
3	117	☐	ケンコウ 健康	サブロウ 三郎	①男 2.女 ⑤昭和 7.平成 45年8月9日	52歳		593,520円	0円	593,520円	593,000円	夏季賞与
4	120	☐	ケンポ 健保	ハナコ 花子	1.男 ②女 ⑤昭和 7.平成 42年3月9日	56歳		620,820円	0円	620,820円	620,000円	夏季賞与
5	131	☑	ケンポ	ウメコ 梅子	1.男 ②女 ⑤昭和 7.平成 39年9月20日	59歳		165,426円	0円	165,426円	165,000円	勤勉手当
6	148	☐	ケンポ 健保	ゴロウ 五郎	1.男 ②女 ⑤昭和 7.平成 33年2月20日	65歳		100,530円	0円	100,530円	100,000円	事業推進手当
7		☐			1.男 2.女 5.昭和 7.平成 年 月 日	歳		0円	0円	0円	0円	
8		☐			1.男 2.女 5.昭和 7.平成 年 月 日	歳		0円	0円	0円	0円	
9		☐			1.男 2.女 5.昭和 7.平成 年 月 日	歳		0円	0円	0円	0円	
10		☐			1.男 2.女 5.昭和 7.平成 年 月 日	歳		0円	0円	0円	0円	

注意
・⑤ーエ標準賞与は、支給額から1,000円未満を切り捨てた額を記入して下さい。
・賞与の対象となる報酬は、その名称がいかなるものであっても、労働者が労務の対として受けるもののうち、年３回まで支給されるものをいいます。
・賞与の対象とならなものは、「結婚祝金」「見舞金」「退職金」「大入り袋」「出張旅費」など、ごく限定的なものに限ります。
・この届出書は、正・副２通とも提出して下さい。なお、事業主欄の事業主印は省略できます。
・健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。

令和４年５月改訂版

受付印

処理年月日

茨城県農協健康保険組合

■この届出は正・副2通作成して下さい。
■健保事務担当者確認欄は、必ず事業所の担当者が☑するようお願いします。

健保事務担当者確認欄 ☑

■「総括表」は不要です。

① 被保険者番号を記入して下さい。被保険者が特定適用事業所の短時間労働者の場合、☑を付けて下さい。

②③④ 被保険者の氏名、フリガナ、生年月日、性別、年齢を記入して下さい。

⑤ー㋐ 支給された賞与が金銭によるものである場合に記入して下さい。

⑤ー㋑ 支給された賞与の一部または全部が現物である場合に記入して下さい。

⑤ー㋓ 支給額から1,000円未満を切り捨てた額を記入して下さい。

⑥ 支給した賞与（手当）の名称を記入して下さい。

対象となる手当	対象とならない手当
「賞与」（役員賞与も含む）　「期末手当」 「夏季賞与」　「年末手当」　「勤勉手当」 「年度末手当」　「決算手当」 「臨時ボーナス」など	「結婚祝金」　「見舞金」　「大入り袋」 「出張旅費」　「退職一時金」など ※ごく限定的なものです。

（事業所）
所在地
名　称
事業主

〒310－〇〇〇〇
水戸市梅香1丁目〇番地〇号
〇〇〇協同組合
代表理事組合長　茨城　太郎　殿

事業所記号		
1	1	1

記入例

〒310－0022
茨城県水戸市梅香1-5-5
JA会館分館5F
TEL.029-232-2270
茨城県農協健康保険組合　理事長

副　健康保険　**被保険者標準賞与決定通知書**

	① 短時間労働者	被保険者番号	② フリガナ / 氏名	③ 生年月日・性別	④年齢	備考
1	□	100	ケンコウ イチロウ / (氏) 健康 (名) 一郎	⑤昭和 7. 平成 40 年 4 月 10 日 / ① 男 2. 女	58 歳	
2	□	115	ケンコウ ジロウ / (氏) 健康 (名) 次郎	⑤昭和 7. 平成 42 年 5 月 5 日 / ① 男 2. 女	56 歳	
3	□	117	ケンコウ サブロウ / (氏) 健康 (名) 三郎	⑤昭和 7. 平成 45 年 8 月 9 日 / ① 男 2. 女	52 歳	
4	□	120	ケンポ ハナコ / (氏) 健保 (名) 花子	⑤昭和 7. 平成 42 年 3 月 9 日 / 1. 男 ② 女	56 歳	
5	☑	131	ケンポ ウメコ / (氏) 健保 (名) 梅子	⑤昭和 7. 平成 39 年 9 月 20 日 / 1. 男 ② 女	58 歳	
6	□	148	ケンポ ゴロウ / (氏) 健保 (名) 五郎	⑤昭和 7. 平成 33 年 2 月 20 日 / 1. 男 ② 女	65 歳	
7	□		(氏) (名)	5. 昭和 7. 平成 年 月 日 / 1. 男 2. 女	歳	
8	□		(氏) (名)	5. 昭和 7. 平成 年 月 日 / 1. 男 2. 女	歳	
9	□		(氏) (名)	5. 昭和 7. 平成 年 月 日 / 1. 男 2. 女	歳	
10	□		(氏) (名)	5. 昭和 7. 平成 年 月 日 / 1. 男 2. 女	歳	

	㋐金銭	㋑現物	㋒合計	㋓標準賞与	⑥支給した賞与（手当）の名称
1	653,520 円	0 円	653,520 円	653,000 円	夏季賞与
2	603,520 円	0 円	603,520 円	603,000 円	夏季賞与
3	593,520 円	0 円	593,520 円	593,000 円	夏季賞与
4	620,820 円	0 円	620,820 円	620,000 円	夏季賞与
5	165,426 円	0 円	165,426 円	165,000 円	勤勉手当
6	100,530 円	0 円	100,530 円	100,000 円	事業推進手当
7	0 円	0 円	0 円	0 円	
8	0 円	0 円	0 円	0 円	
9	0 円	0 円	0 円	0 円	
10	0 円	0 円	0 円	0 円	

○上記のとおり標準賞与が決定されたので通知します。

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官（地方厚生局内）に対して審査請求をすることができます。（また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取り消しの訴えを提起することができます。）
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定または裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）
なお、審査請求があった日から2ヶ月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

確　忍　印

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

＜手続きの概要＞

○事業主は、被保険者に賞与を支給した場合、「健康保険被保険者賞与支払届」を提出して下さい。
この届出により、保険料の計算基礎となる標準賞与が決定されます。

○標準賞与とは、賞与等の支給額の1,000円未満を切り捨てた額のことをいいます。
保険料の計算は、標準報酬月額を使用するのではなく、標準賞与に直接、保険料率（96/1000）を乗じて算出します。

○年4回以上支払われる賞与等については、報酬扱いとなり標準報酬月額の対象となるため、この届出を提出する必要はありません。

＜留意事項＞

○賞与の名称は問いません。労務対価として年３回以下支給されるもについて届出して下さい。

○標準賞与の上限は、年度（4月～翌年3月）の累計額573万円です。

○育児休業等による保険料免除期間に支払われた賞与や資格喪失月に支払われた賞与（保険料賦課の 対象とならない賞与）も、年度の累計額に含まれるため賞与支払届を提出する必要があります。

○資格取得月と同月に資格喪失した場合、資格取得日から資格喪失日の前日までに支給された賞与については、保険料賦課の対象となりますので、賞与支払届を提出して下さい。

○届出書については、電子媒体での届出も可能です。

○この届出に添付する書類は、「被保険者賞与支払届総括表」です。

○事業主の押印は省略することができます。

保険料額一覧表（2023年度）

健康保険の保険料	被保険者負担	事業主負担	介護保険の保険料	被保険者負担	事業主負担
96/1,000	45.47/1,000	50.53/1,000	18.8/1,000	9.4/1,000	9.4/1,000

（単位：円）

標準報酬		日額	報酬月額		健康保険料月額			介護保険料月額		
等級	月額		円以上	円未満	合計（内特定保険料）	被保険者	事業主	合計	被保険者	事業主
1	58,000	1,930		63,000	5,568 (2,069)	2,637	2,931	1,090	545	545
2	68,000	2,270	63,000～	73,000	6,528 (2,426)	3,091	3,437	1,278	639	639
3	78,000	2,600	73,000～	83,000	7,488 (2,783)	3,546	3,942	1,466	733	733
4	88,000	2,930	83,000～	93,000	8,448 (3,140)	4,001	4,447	1,654	827	827
5	98,000	3,270	93,000～	101,000	9,408 (3,497)	4,456	4,952	1,842	921	921
6	104,000	3,470	101,000～	107,000	9,984 (3,711)	4,728	5,256	1,955	977	978
7	110,000	3,670	107,000～	114,000	10,560 (3,925)	5,001	5,559	2,068	1,034	1,034
8	118,000	3,930	114,000～	122,000	11,328 (4,210)	5,365	5,963	2,218	1,109	1,109
9	126,000	4,200	122,000～	130,000	12,096 (4,496)	5,729	6,367	2,369	1,184	1,185
10	134,000	4,470	130,000～	138,000	12,864 (4,781)	6,092	6,772	2,519	1,259	1,260
11	142,000	4,730	138,000～	146,000	13,632 (5,067)	6,456	7,176	2,670	1,335	1,335
12	150,000	5,000	146,000～	155,000	14,400 (5,352)	6,820	7,580	2,820	1,410	1,410
13	160,000	5,330	155,000～	165,000	15,360 (5,709)	7,275	8,085	3,008	1,504	1,504
14	170,000	5,670	165,000～	175,000	16,320 (6,066)	7,729	8,591	3,196	1,598	1,598
15	180,000	6,000	175,000～	185,000	17,280 (6,422)	8,184	9,096	3,384	1,692	1,692
16	190,000	6,330	185,000～	195,000	18,240 (6,779)	8,639	9,601	3,572	1,786	1,786
17	200,000	6,670	195,000～	210,000	19,200 (7,136)	9,094	10,106	3,760	1,880	1,880
18	220,000	7,330	210,000～	230,000	21,120 (7,850)	10,003	11,117	4,136	2,068	2,068
19	240,000	8,000	230,000～	250,000	23,040 (8,563)	10,912	12,128	4,512	2,256	2,256
20	260,000	8,670	250,000～	270,000	24,960 (9,277)	11,822	13,138	4,888	2,444	2,444
21	280,000	9,330	270,000～	290,000	26,880 (9,990)	12,731	14,149	5,264	2,632	2,632
22	300,000	10,000	290,000～	310,000	28,800 (10,704)	13,641	15,159	5,640	2,820	2,820
23	320,000	10,670	310,000～	330,000	30,720 (11,418)	14,550	16,170	6,016	3,008	3,008
24	340,000	11,330	330,000～	350,000	32,640 (12,131)	15,459	17,181	6,392	3,196	3,196
25	360,000	12,000	350,000～	370,000	34,560 (12,845)	16,369	18,191	6,768	3,384	3,384
26	380,000	12,670	370,000～	395,000	36,480 (13,558)	17,278	19,202	7,144	3,572	3,572
27	410,000	13,670	395,000～	425,000	39,360 (14,629)	18,642	20,718	7,708	3,854	3,854
28	440,000	14,670	425,000～	455,000	42,240 (15,699)	20,006	22,234	8,272	4,136	4,136
29	470,000	15,670	455,000～	485,000	45,120 (16,770)	21,370	23,750	8,836	4,418	4,418
30	500,000	16,670	485,000～	515,000	48,000 (17,840)	22,735	25,265	9,400	4,700	4,700
31	530,000	17,670	515,000～	545,000	50,880 (18,910)	24,099	26,781	9,964	4,982	4,982
32	560,000	18,670	545,000～	575,000	53,760 (19,981)	25,463	28,297	10,528	5,264	5,264
33	590,000	19,670	575,000～	605,000	56,640 (21,051)	26,827	29,813	11,092	5,546	5,546
34	620,000	20,670	605,000～	635,000	59,520 (22,122)	28,191	31,329	11,656	5,828	5,828
35	650,000	21,670	635,000～	665,000	62,400 (23,192)	29,555	32,845	12,220	6,110	6,110
36	680,000	22,670	665,000～	695,000	65,280 (24,262)	30,919	34,361	12,784	6,392	6,392
37	710,000	23,670	695,000～	730,000	68,160 (25,333)	32,283	35,877	13,348	6,674	6,674
38	750,000	25,000	730,000～	770,000	72,000 (26,760)	34,102	37,898	14,100	7,050	7,050
39	790,000	26,330	770,000～	810,000	75,840 (28,187)	35,921	39,919	14,852	7,426	7,426
40	830,000	27,670	810,000～	855,000	79,680 (29,614)	37,740	41,940	15,604	7,802	7,802
41	880,000	29,330	855,000～	905,000	84,480 (31,398)	40,013	44,467	16,544	8,272	8,272
42	930,000	31,000	905,000～	955,000	89,280 (33,182)	42,287	46,993	17,484	8,742	8,742
43	980,000	32,670	955,000～	1,005,000	94,080 (34,966)	44,560	49,520	18,424	9,212	9,212
44	1,030,000	34,330	1,005,000～	1,055,000	98,880 (36,750)	46,834	52,046	19,364	9,682	9,682
45	1,090,000	36,330	1,055,000～	1,115,000	104,640 (38,891)	49,562	55,078	20,492	10,246	10,246
46	1,150,000	38,330	1,115,000～	1,175,000	110,400 (41,032)	52,290	58,110	21,620	10,810	10,810
47	1,210,000	40,330	1,175,000～	1,235,000	116,160 (43,173)	55,018	61,142	22,748	11,374	11,374
48	1,270,000	42,330	1,235,000～	1,295,000	121,920 (45,314)	57,746	64,174	23,876	11,938	11,938
49	1,330,000	44,330	1,295,000～	1,355,000	127,680 (47,454)	60,475	67,205	25,004	12,502	12,502
50	1,390,000	46,330	1,355,000～		133,440 (49,595)	63,203	70,237	26,132	13,066	13,066

健康保険　届出書（申請書）・回収済保険証等　送付書（受付書）

事業所（担当者）控

送付年月日　令和　年　月　日

健康保険　**届出書（申請書）・回収済保険証等　送付書**

送付書類	送付部数	備考欄
●適用・資格関係		
1．被保険者資格取得届（正・副）		
人　枚		
家族　枚		
5．被保険者証回収不能届		
6．被保険者証再交付申請書（正・副）		
7．被扶養者異動届（正・副）		
8．扶養関係現況書		
9．任意継続被保険者資		
10．任継続被保険者（		
11．任意継続被保険者（		
12．被保険者区分変更		
13．事業所（住所・名称		
●給付関係		
1．療養費支給申請書		
2．療養費（治療用装具）		
3．療養費（あんま・針灸・		
4．傷病手当金支給申請書		
5．埋葬料（費）支給申請書		
6．出産育児一時金等支給申請書		
7．出産手当金支給申請書		
8．限度額適用認定申請書		
9．標準負担額減額認定申請書（非課税者用）		
10．交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届		
11．負傷原因届		
●保険料徴収関係		
1．算定基礎届（総括表を含む）（正・副）		
2．被保険者報酬月額変更届（正・副）		
3．賞与支払届（総括表を含む）（正・副）		
4．産前産後休業取得者申出書（取得・変更・終了）（正・副）		
5．育児休業取得者申出書（新規・延長・終了）（正・副）		
6．産前産後休業終了時報酬月額変更届（正・副）		
7．育児休業終了時報酬月額変更届（正・副）		

事業所の控えとして保管して下さい。

■この送付書は、届出書（申請書）および回収済保険証等を送付する際にご使用下さい。
「事業所控」と「健保組合控」に送付部数および送付年月日を記載のうえ、「健保組合控」に届出書等を添付のうえ 健保組合まで送付して下さい。

■健保組合で受付した届出書等の部数が合致していない場合には、「事業所控」と照合させていただきます。

届出書・申請書・保険証の送付部数（同じ内容を記入します）を記入して下さい。

事業所→茨城県農協健康保険組合

受付用（健保組合控）

送付年月日　令和　年　月　日

健康保険　**届出書（申請書）・回収済保険証等　受付書**

※）確認欄は健康保険組合が☑します。

	送付部数	確認欄	備考欄
		☐	
2．給付金振込依頼書（新規・変更・受領委任）		☐	
3．被保険者資格証明書（健保組合控）		☐	
4．被保険者資格喪失届（正・副）		☐	
回収済保険証（本人・家族）	本人　枚 家族　枚	☐	
		☐	
		☐	
		☐	
		☐	
		☐	
10．任継続被保険者（被扶養者）資格喪失届		☐	
11．任意継続被保険者（資格取得・保険料納付）遅延理由申出書		☐	
保険者区分変更届（正・副）		☐	
業所（住所・名称・代表者）変更届		☐	
係			
費支給申請書		☐	
費（治療用装具）支給申請書		☐	
費（あんま・針灸・マッサージ）		☐	
手当金支給申請書		☐	
料（費）支給申請書		☐	
育児一時金等支給申請書		☐	
手当金支給申請書		☐	
8．限度額適用認定申請書・標準負担額減額認定申請書（非課税者用）		☐	
9．医療費のお知らせ再発行依頼書		☐	
10．交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届		☐	
		☐	
総括表を含む）（正・副）		☐	
月額変更届（正・副）		☐	
総括表を含む）（正・副）		☐	
取得者申出書（取得・変更・終了）（正・副）		☐	
5．育児休業取得者申出書（新規・延長・終了）（正・副）		☐	
6．産前産後休業終了時報酬月額変更届（正・副）		☐	
7．育児休業終了時報酬月額変更届（正・副）		☐	

（事業所）
名　称
連絡先
担当者

（通信欄）

受付印

健保に届出書等を添えて送付して下さい。

「事業所控」と「健保組合控」は、同様の年月日を記入して下さい。

担当者の記名をお願いします。
特記すべきことがあれば通信欄または備考欄をご使用下さい。