現金給付申請･第三者行為等届出書の記入方法

令和5年度版

茨城県農協健康保険組合

もくじ	ページ
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	1～2
療養費支給申請書	3
療養費（治療用装具）支給申請書	4
傷病手当金支給申請書	5
出産手当金支給申請書	6
出産育児一時金支給申請書	7
埋葬料支給申請書	8
限度額適用認定申請書	9
限度額適用・標準負担額減額認定申請書	10
特定疾病療養受給者証	11
医療費のお知らせ・保険給付決定通知書再発行依頼書	12
負傷原因届	13
交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届	14～16

届出書（申請書）・回収済保険証等送付書・・・・・17

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	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）

⑥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 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とはできません。

（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。
なお、公金受取口座は、JA以外の金融機関についても指定することができます。

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

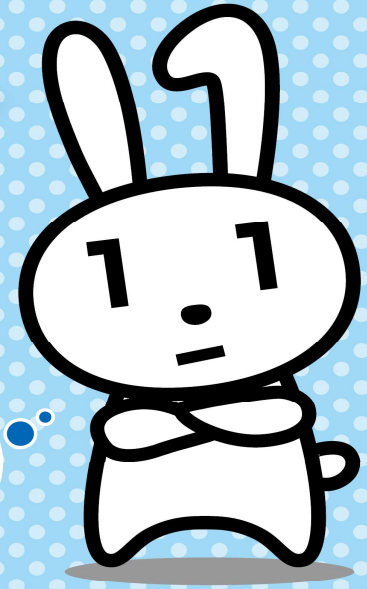
公金受取口座登録制度ってなんだろう？

（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第2弾 マイナポイント

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。
マイナンバーカード 郵便
※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。

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.

療養費支給申請書　（保険証を提示せず自費で診療を受けた場合など）

記入例

健康保険　□本人　☑家族　療養費　支給申請書

確認欄	この申請書については、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。
☑	

令和　5年　5月　18日　提出

①事業所名称	○○○農業協同組合		②被保険者証記号－番号	100 － 11	
③被保険者氏名	健康　太郎	性別 男・女	④生年月日	昭和・平成 ４９年 ２月 ２０日	⑤年齢 49 歳
⑥受診者が被扶養者の場合はその方の氏名・性別・生年月日・年齢・続柄	氏名	健康　花子	性別 男・女	続柄	妻
	生年月日	昭和・平成・令和 ５０年 １月 ２日	年齢	48	歳
⑦診療を受けた医療機関名称・住所及び医師氏名	名称	○○整形外科病院	医師氏名	⑧療養に要した費用	
	住所	水戸市○○町1丁目▲▲番地	茨城　一郎	25,000	円
⑨傷病名	右足首捻挫・右上腕打撲		⑩診療区分	入院・外来・歯科・調剤	
⑪発病又は負傷の原因	発病又は負傷した時期	（原因及び経過）		第3者・業務災害	
	令５年４月２０日	自宅で階段を踏み外し右足首を捻り転倒、その際右腕を階段に打った。		該当・不該当	
⑫診療の内容	レントゲン撮影し患部を固定、痛み止め及び湿布を処方された。				
⑬診療又は手当の期間	令和 5 年 4 月 20 日 ～ 5 年 4 月 20 日 まで			⑮公費マル福	該当
⑭上記の期間に入院していた場合その期間	令和 年 月 日 ～ 年 月 日 まで				不該当
⑯療養費の支給申請の理由	1 保険証が手元になかった（紛失・減失等） 2 緊急やむを得なかった（外出先、旅行中等） 3 保険証の交付が間に合わなかった（手続き中） 4 その他の理由 [ ]				

⑰給付金振込先	公金受取口座（マイナポータル）	☑ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。	※公金受取口座または健保組合登録口座のいずれかに☑して下さい。
	健保組合登録口座	□ 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。	
	受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和　年　月　日	
	被保険者（申請者）	（氏名）　（住所）	
	受取代理人	住所 代理人 （事業主）	
	金融機関名称及び預金種別	信連 農協 銀行　本店・支店　（普通・当座）	
	口座番号	左づめでご記入下さい。	
	（フリガナ）名義人	（フリガナ）	

○被保険者のマイナンバー記入欄

（②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。）

受付印

令和5年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

申出内容を確認のうえ必ず被保険者が☑を付けて下さい。

①②被保険者の事業所名称および記号・番号を記入して下さい。記号番号は被保険者証に記載されています。

③ ④⑤被保険者の氏名・性別・生年月日・年齢を記入して下さい。

⑥受診者が家族（被扶養者）の場合、氏名・性別・続柄・生年月日・年齢を記入して下さい。

⑦診療を受けた医療機関の住所および名称、医師氏名を記入して下さい。

⑧診療に要した費用を記入して下さい。

⑨⑩傷病名を記入して下さい。入院・外来・歯科・調剤の区分に○を付けて下さい。

⑪発病または負傷の日付と原因を記入して下さい。第三者行為等で交通事故である場合、「交通事故・自損事故・第三者等行為による傷病届」を併せて提出して下さい。

⑫医療機関で受けた診療内容を記入して下さい。

⑬⑭診療を受けた期間を記入して下さい。入院期間があればその期間も記入して下さい。

⑮県・市町村の医療助成制度（マル福・公費等）の該当または不該当に○を付けて下さい。（マル福・公費等に該当している場合、付加金は支給されません。）

⑯当該療養費の申請理由に○を付けて下さい。その他である場合は理由を記入して下さい。

⑰給付金の振込先はマイナポータル等で事前登録した口座または、健保に登録している口座のいずれかを選択して下さい。

＜添付書類＞

（1）診療費を自費で払った場合⇒①傷病名の記載がある「診療報酬明細書」（レセプト）、②診療に要した費用を証明した「領収書（領収明細書）の原本」

（2）国民健康保険など他の保険者の保険証を使用し医療費の返還を行った場合⇒①医療費を返還した保険者から受けた「診療報酬明細書（レセプト）」（開封せず封筒ごと添付）、②返還請求された金額を支払った「領収書の原本」

（3）被保険者が亡くなり、相続人が請求する場合⇒上記（1）（2）に加えて被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」㊟等

療養費（治療用装具）支給申請書　（医師の指示により治療用のコルセットや弾性着衣など装具を購入したとき）

健康保険　□本人　☑家族　**治療用装具**　**支給申請書**　記入例

確認欄 ☑	この申請書については、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。（ただし、医師の証明欄は除く。） 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。

令和5年5月18日　提出

①事業所名称	○○○農業協同組合			②被保険者証 記号－番号	100 － 25
③被保険者氏名	健保　太郎	性別 男・女	④生年月日	昭和・平成 49 年 2 月 20 日	⑤年齢 49 歳
⑥受診者が被扶養者の場合はその方の氏名・性別・生年月日・年齢・続柄	氏名	健保　花子	性別 男・女	続柄 妻	
	生年月日	昭和・平成・令和 50 年 1 月 2 日	年齢 48 歳		
⑦診療を受けた医療機関名称・住所及び医師氏名	名称	○○整形外科病院	医師氏名 茨城　太郎	⑧治療用装具の装着日及び費用	
	住所	水戸市○○町1丁目▲▲番地		令和5年5月10日 28,000 円	
⑨傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		⑩診療区分	入院・外来	
⑪発病又は負傷の原因	発病又は負傷した時期	（原因及び経過）		第3者・業務災害	
	令和5年5月2日	自宅で片付けをしていて、重い荷物を動かそうとしたとき		該当・不該当	
⑫診療又は手当の期間	令和 5 年 5 月 2 日 ～ 5 年 5 月 15 日 まで			⑭公費マル福	該当
⑬上記の期間に入院していた場合その期間	令和 年 月 日 ～ 年 月 日 まで				不該当

⑮医師の意見欄	患者名	健保　花子	装具の名称	体幹装具C-4 腰椎支持部C（軟性）
	装着日	令和　5年　5月　10日	医師の意見	体幹装具の装着が必要と認める。
	傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		

（医療機関名称及び住所）
住所：水戸市○○町1丁目▲▲番地
名称：○○整形外科病院

⑯給付金振込先	公金受取口座（マイナポータル）	☑ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。	※公金受取口座または健保組合登録口座のいずれかに☑して下さい。
	健保組合登録口座	□ 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。	

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日

受取代理人の欄	被保険者（申請者）	（氏名）	（住所）
	受取代理人	受取代理人 住所・電話 氏名	
		金融機関名称及び預金種別	信連 農協 銀行　本店・支店　（普通・当座）
		口座番号	左づめでご記入下さい。
		（フリガナ）名義人	（フリガナ）

○被保険者のマイナンバー記入欄
（②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。）

受付印

令和５年５月改訂版　**茨城県農協健康保険組合**

申出内容を確認のうえ必ず被保険者が☑を付けて下さい。

①②被保険者の事業所名称および記号・番号を記入して下さい。記号番号は被保険者証に記載されています。

③ ④⑤被保険者の氏名・性別・生年月日・年齢を記入して下さい。

⑥受診者が家族（被扶養者）の場合、氏名・性別・続柄・生年月日・年齢を記入して下さい。

⑦診療を受けた医療機関の住所および名称、医師氏名を記入して下さい。

⑧治療用装具の装着日と費用を記入して下さい。

⑨⑩傷病名を記入して下さい。入院・外来の区分に〇を付けて下さい。

⑪発病または負傷の日付と原因を記入して下さい。第三者行為等で交通事故である場合、「交通事故により健康保険を使用した場合の傷病届」を併せて提出して下さい。

⑫⑬診療を受けた期間を記入して下さい。入院期間があればその期間も記入して下さい。

⑭県・市町村の医療助成制度（マル福・公費等）の該当または不該当に〇を付けて下さい。（マル福・公費等に該当している場合、付加金は支給されません。）

⑮装具装着を指示した医師の証明をうけて下さい。なお、医療機関が発行した「医師の意見書（証明書・同意書・指示書）」等の添付があれば証明欄の記入は必要ありません。

⑯給付金の振込先はマイナポータル等で事前登録した口座または、健保に登録している口座のいずれかを選択して下さい。

＜添付書類＞
①医療機関等が発行した「医師の意見書（同意書・証明書）」および「装具装着証明書」
②弾性着衣の場合は医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」、写真（靴型装具）
③小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は医師の「眼鏡等作成指示書」（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）
④装具の場合、名称、種類および内訳別の費用額が記載された「領収証の原本」
眼鏡の場合、装着者での宛名で治療用眼鏡代金である旨の但し書きのある領収証（原本）

傷病手当金支給申請書　（被保険者が療養のため4日以上休み給料の支払いを受けられない場合）

健康保険　傷病手当金支給申請書　（第　　回）

記入例

確認欄	この申請書については、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。 ただし、医療機関証明及び事業主の証明欄は除きます。 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。
☑	

令和　5　年　6　月　7　日　提出

①事業所名称	（株）〇〇〇協同サービス			②被保険者証記号－番号	100 ― 33		
③被保険者氏名 住所・連絡先	氏名	健保　一郎	性別	男・女	④生年月日	昭和・平成 45 年 7 月 20 日	⑤年齢 52 歳
	住所	〒310-0022 水戸市梅香1丁目〇番地　〇〇ハイツ101号			連絡先	職場 029－〇〇〇－〇〇〇〇 携帯 090－〇〇〇－〇〇〇〇	
⑥傷　病　名	鎖骨骨折			⑦診療区分	入院・外来		
⑧あなたの仕事の内容（退職後の申請の場合退職前の仕事の内容）	経理事務、資材の管理業務、勤務時間内はデスクワークが中心となる。						
⑨発病又は負傷の原因	第3者・業務災害	発病又は負傷した時期	（原因及び経過）				
	該当・不該当	令和　5年　4月　1日	自宅で植木の剪定中に梯子から落下、右肩を強打した。				
⑩診療又は手当の期間	２０２３年　４月　１日　～　年　月　日まで　日間（通院中）					⑫公費マル福	該当・不該当
⑪療養のため休んだ期間	２０２３年　４月　１日　～　２０２３年　５月　３１日まで　６１日間						

⑬年金等の受給					
障害年金又は老齢退職年金	有・無・請求中	有・請求中の場合 受給要因となる傷病名 （傷病名）	基礎年金番号		
障害手当金	有・無・請求中		年金コード		
その他の給付（労災補償等）	有・無・請求中		年金額（給付額）	円	受給開始年月日　年　月　日

⑭報酬が支払われない理由	会社（事業所）の給与規程により、病気欠勤には給与が支払われないため。

公金受取口座（マイナポータル	☑ マイナポータル等で登録した公金受取口座を利用します。	※公金受取口座または健保組合登録口座のいずれかに必ず記入して下さい。
健保組合登録口座	☐ 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。	

⑮給付金振込先			
受取代理人の欄	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 （氏名）　（住所）　令和　年　月　日	
	受取代理人	受取代理人 住所・電話 氏名	
		金融機関名称及び預金種別	信連 農協 銀行　本店・支店　（普通・当座）
		口座番号	左づめでご記入下さい。
		（ﾌﾘｶﾞﾅ）名義人	（フリガナ）

〇被保険者のマイナンバー記入欄

（②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。）

受　付　印

令和5年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

申出内容を確認のうえ必ず被保険者が☑を付けて下さい。

①②被保険者の事業所名称および記号・番号を記入して下さい。記号番号は被保険者証に記載されています。

③④⑤被保険者の氏名、住所、連絡先、性別、生年月日、年齢を記入して下さい。

⑥⑦傷病名を記入して下さい。入院・外来の区分に〇を付けて下さい。

⑧被保険者の職種や仕事の内容を具体的に記入して下さい。

⑨発病または負傷の日付と原因を記入して下さい。第三者行為等で交通事故である場合、「交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届」を併せて提出して下さい。

⑩診療を受けた期間を記入して下さい。

⑪療養のため仕事を休んだ期間を記入して下さい。

⑫県・市町村の医療助成制度（マル福・公費等）の該当または不該当に〇を付けて下さい。

⑬障害厚生年金または障害手当金および老齢厚生年金等、受給の有無について〇、基礎年金番号等を記入して下さい。請求中の場合、その傷病名を記入して下さい。

⑭給料等、賃金が支払われない理由について記入して下さい。

⑮給付金の振込先はマイナポータル等で事前登録した口座または、健保に登録している口座のいずれかを選択して下さい。

＜受給要件＞

①病気・けがで療養中であること。ただし、健康保険で診療を受けられない美容整形などは対象となりません。

②仕事につけないこと（労務不能）。今までに従事していた仕事ができない場合をいいます。今までより軽い仕事についたり、医師の指示で半日出勤し今までと同じような仕事をするような場合は労務不能とは認められません。

③4日以上仕事を休むこと。療養のため仕事を休んだ日が連続して3日間（待期）あったうえで、4日以上休んだ場合に、4日目から支給開始されます。

④給料を受けられないこと。給料を受けても傷病手当金の額より少ないときは、その差額が支給されます。

記入例

医療機関に記入を依頼して下さい。（医師の捺印は省略できます。）

患者氏名	健保　一郎	傷 病 名	鎖骨骨折	初 診 日
				令和5年4月1日

発病又は負傷の原因	発病又は負傷した時期	原因
	2023年4月1日	梯子がら落下し右肩部を強打したことによる。

労務不能と認めた期間	2023年4月1日　～　2023年5月31日まで　61日間		診療日数
うち入院期間	2023年4月1日　～　2023年4月30日まで　29日間		37日

傷病の症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見	骨折した部位が固定するまで安静が必要であり、固定後も継続的なリハビリが必要とされる。よって、従来の職務については、労務不能であると認める。	療養費用の別
		(健保)・自費・公費・その他
		転帰
		治癒・中止・(継続)・転医

上記のとおり相違ありません。 2023年　5月　31日	医療機関	（所在地）水戸市●●町2丁目●●番地	医師の氏名
		（名 称）総合病院○○○病院	茨城　一郎

○初回のみ給与規程㊞を添付して下さい。

事業主に記入を依頼して下さい。

被保険者氏名	健保　一郎	生年月日	S45　年　7　月　20　日	年齢	52　歳
労務に服さなかった期間	2023年4月1日　～　2023年5月31日まで　61日間				

勤務状況　【出勤は○】【有給は△】【公休は●】【欠勤は/】とし、それぞれ赤で表示して下さい。		出勤	有給
4　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	0　日	8　日
5　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	0　日	0　日
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	日	日

上記の期間を含む賃金計算期間の支給状況を記入して下さい。　給与の種類（月給・日給・週給・時給・その他[　　]）

区分＼期間	単価（円）	3月1日 ～3月31日分 支給額（円）	4月1日 ～4月30日分 支給額（円）	月　日 ～　月　日分 支給額（円）
基本給	300,000	150,000	0	
通勤手当	10,000	0	0	
住宅手当	5,000	5,000	5,000	
家族手当	8,000	8,000	8,000	
手当				
手当				
計		163,000	13,000	

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入して下さい。

基本給：欠勤控除あり
300,000円÷30日×15日＝150,000円
通勤手当：欠勤控除あり
住宅手当：欠勤控除なし
家族手当：欠勤駆除なし

給与の締日と支払日
月末締めの翌21日支払

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和５ 年 ６ 月 ７ 日

事業主	住 所	水戸市○○町1丁目1番1号1号
	名 称	株式会社　○○○協同サービス
	氏 名	

健保事務担当者確認欄　☑

（※）事業主の押印は省略できます。

茨城県農協健康保険組合

＜添付書類＞

①申請期間の初日の属する月まで、現事業所での12ヶ月の資格期間がない場合⇒以前の事業所の名称・所在地および使用されていた期間がわかる書類
②障害厚生年金をうけている場合⇒年金証書またはこれに準ずる書類のコピー、年金の額、支給開始年月日を証明する書類および直近の額を証明する書類（年金額改定通知書）のコピー
③老齢厚生年金をうけている場合⇒年金証書またはこれに準ずる書類のコピー、年金の額、支給開始年月日を証明する書類および直近の額を証明する書類（年金額改定通知書）のコピー
④労災の休業補償給付をうけている場合⇒休業補償給付支給決定通知書のコピー
⑤被保険者が亡くなり相続人が請求する場合⇒被保険者との続柄等がわかる「戸籍謄本」㊞　など

＜医療機関の証明欄＞

○被保険者が医療機関へ提示し医師の証明（意見）をうけて下さい。
　※3ヶ月をこえて証明する場合は、様式をコピーしてご使用下さい。

＜事業主の証明欄＞

健保事務担当者確認欄　☑　（※）事業主の押印は省略できます。

■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。

○勤務先の事業所に証明をうけて下さい。

○初回のみ「給与規程」㊞を添付して下さい。

○給与の種類（月給・日給・時給等）に○を付けて下さい。

○労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は「○」、有給の場合は「△」、公休日は「●」、欠勤の場合は「／」とし、それぞれ赤で記入して下さい。

○労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況について記入して下さい。また、賃金の支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等を記入して下さい。
　※3ヶ月をこえて証明する場合は、様式をコピーしてご使用下さい。

出産手当金支給申請書　（被保険者が出産のため仕事を休み給料の支払いを受けられない場合）

健康保険　出産手当金支給申請書　記入例

確認欄	この申請書については、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。（ただし、医師の証明欄は除く。） 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。
☑	

令和　5年　7月　7日　提出

①事業所名称	（株）〇〇〇協同サービス			②被保険者証記号－番号	100	―	55
③被保険者氏名	健保　花子	性別	女	④生年月日	昭和・平成　2年　7月　20日	⑤年齢	32　歳
⑥被保険者住所・連絡先	（〒310－××××）　（TEL.　029-×××-××××　）						
	水戸市梅香〇丁目●●番地▲▲▲マンション202号						
⑦出産予定日	令和　5年　4月　16日			⑨妊産婦マル福	該当・不該当・県外		
⑧出産日	令和　5年　4月　17日						
⑩出産のため休んだ期間	２０２３年３月６日　～　２０２３年６月１２日まで　９９日間						
⑪入院期間	２０２３年４月１７日　～　２０２３年４月２２日まで　６日間						
⑫報酬が支払われない理由	給与規程により産前産後の給料が支払われないため。						

⑬給付金振込先	公金受取口座（マイナポータル	☑　マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
	健保組合登録口座	☐　健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。
	受取代理人の欄	本申請に係る給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月
	被保険者（申請者）	（氏名）　（住所）
	受取代理人	受取代理人 住所・電話 氏名
	受取代理人	金融機関名称及び預金種別：信連農協銀行　本店・支店　（普通・当座）
	受取代理人	口座番号　左づめでご記入下さい。
	受取代理人	（フリガナ）名義人：（フリガナ）

※公金受取口座または健保組合登録口座のいずれかに図して下さい。

〇被保険者のマイナンバー記入欄

（②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。）

受付印

令和５年５月改訂版

茨城県農協健康保険組合

申出内容を確認のうえ必ず被保険者が☑を付けて下さい。

①②被保険者の事業所名称および記号・番号を記入して下さい。記号番号は被保険者証に記載されています。

③④⑤被保険者の氏名・性別・生年月日・年齢を記入して下さい。

⑥被保険者の住所・電話番号を記入して下さい。

⑦出産予定日を記入して下さい。

⑧出産日を記入して下さい。

⑨県・市町村の医療助成制度（マル福・公費等）の該当または不該当に〇を付けて下さい。

⑩出産のため仕事を休んだ期間を記入して下さい。

⑪⑩の期間中で医療機関等に入院した期間を記入して下さい。

⑫事業所より報酬（給料）が支払われない理由を記入して下さい。

⑬給付金の振込先はマイナポータル等で事前登録した口座または、健保に登録している口座のいずれかを選択して下さい。

＜受給要件＞

①出産により仕事を休み、その間給料が受けられない場合支給されます。
②支給期間は、出産日（予定日より遅れた場合は予定日）以前、42日（多胎妊娠の場合は98日）から、出産後56日までの間となります。
③支給日額は1日につき、直近12ヶ月の標準報酬月額の平均額の１／30の２／3となります。
　ただし、被保険者期間が1年未満の場合、算出方法は異なります。
④給料をうけていても、出産手当金の額より少ないときは、その差額が支給されます。

記入例　医療機関に記入を依頼して下さい。（医師の捺印は省略できます。）

出産者氏名	健保　花子	出産予定日	2023年3月16日	出産日	2023年3月17日
入院期間	２０２３年４月１７日　～　２０２３年４月２２日まで　６日間				
出生児の数	(単胎)・多胎（　　児）			入院費用の別	
生産または死産の別	(生産)・死産（妊娠　　週）			健保・(自費)・公費・その他	
上記のとおり相違ありません。 ２０２３年　６月　１９日	医療機関	（所在地）水戸市2丁目●●番地		医師の氏名	
		（名　称）●●●産婦人科病院		茨城　華子	

○給与規程㊞を添付して下さい。　事業主に記入を依頼して下さい。

被保険者氏名	健保　花子	生年月日	平成2年7月20日	年齢	32　歳
労務に服さなかった期間	２０２３年３月６日　～　２０２３年６月１２日まで　９９日間				

勤務状況　【出勤は○】【有給は△】【公休は●】【欠勤は／】とし、それぞれ赤で表示して下さい。		出勤	有給
3　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	4　日	0　日
4　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	0　日	0　日
5　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	0　日	0　日
6　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	0　日	0　日

上記の期間を含む賃金計算期間の支給状況を記入して下さい。　給与の種類（月給・日給・週給・(時給)・その他[　　]）

期間 / 区分	単価（円）	3月1日 ～ 3月31日分 支給額（円）	月　日 ～ 月　日分 支給額（円）	月　日 ～ 月　日分 支給額（円）
基本給	1,000	28,000		
通勤手当	800	3,200		
手当				
手当				
手当				
手当				
手当				
手当				
計		31,200	0	0

賃金計算	
締日	３０日
支払日	２１日

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入して下さい。

基本給計算方法
@1,000×7時間×4日＝28,000円

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和５年７月４日

事業主
- 住　所　水戸市〇〇町1丁目1番1号1号
- 名　称　株式会社　〇〇〇協同サービス
- 氏　名　代表取締役　水戸　一郎

健保事務担当者確認欄 ☑
（※）事業主の押印は省略できます。

茨城県農協健康保険組合

＜添付書類＞

①申請期間の初日の属する月まで、現事業所での12ヶ月の資格期間がない場合⇒以前の事業所の名称・所在地および使用されていた期間がわかる書類

②被保険者が亡くなり相続人が請求する場合⇒被保険者との続柄等がわかる「戸籍謄本」㊞ など

＜医療機関の証明欄＞

〇被保険者が医療機関へ提示し医師・助産師等の証明をうけて下さい。

＜事業主の証明欄＞

健保事務担当者確認欄 ☑　（※）事業主の押印は省略できます。

■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。

〇勤務先の事業所に証明をうけて下さい。

〇「給与規程」㊞を添付して下さい。

〇給与の種類（月給・日給・時給等）に〇印を付けて下さい。

〇労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は「〇」、有給の場合は「△」、公休日は「●」、欠勤の場合は「／」とし、それぞれ赤で記入して下さい。

〇労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況について記入して下さい。また、賃金の支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等を記入して下さい。
※5ヶ月をこえて証明する場合は、様式をコピーしてご使用下さい。

出産育児一時金支給申請書　（直接支払制度を利用していれば申請する必要はありません）

健康保険　☐本人 ☑家族　出産育児一時金支給申請書　健保事務担当者確認欄 ☑

確認欄 ☑
この申請書については、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。
ただし、医師等の意見欄および市区町村長の証明欄は除きます。
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

令和　4　年　5　月　2　日　提出

①事業所名称	健保商事株式会社		②被保険者証記号－番号	100 ― 10	
③被保険者氏名	健保　一郎	④生年月日	(昭和)・平成５５年１月１日	⑤年齢	43 歳
⑥被扶養者の出産の場合はその方の氏名・生年月日・年齢・続柄	氏名	健保　花子		続柄	妻
	生年月日	昭和 ・(平成)元年2月１日		年齢	34 歳
⑦出産した医療機関等の名称及び住所	名称	医療法人○○会　水戸○○産婦人科医院		⑧出生児氏名	
	住所	水戸市○○町○○番地○号　▲▲ビル１F		健保　太朗	
⑨出産した年月日及び生産死産の別	令和　5　年　4　月　3　日	(生産)・死産	⑩マル福（公費）	(該当) 不該当・県外	

医師（助産師）又は市区町村長のいずれか記入して下さい。

⑪医師等の証明欄	出産者名	健保　花子	出産年月日	2023年4月3日	生産死産の別（死産の場合は週数と日数を記入して下さい。）　(生産)・死産
			出生児の数	(単体)・多胎　（　児）	（満　週）（　日）
	上記のとおり相違ないことを証明します。 ２０２３年　４　月　１０　日	（医療機関等） 住　所 名　称 医師・助産師の氏名	水戸市千波町○○番地○○号▲▲ビル１F 医療法人　水戸○○産婦人科医院 医師　茨城　太朗 （※）医師（助産師）の捺印は省略できます。		
⑫市区町村長の証明欄	本籍			筆頭者氏名	
	母の氏名		出生児氏名		生年月日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年　月　日	市区町村長名　㊞			

⑬給付金振込先

公金受取口座（マイナポータル）	☑ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。	※公金受取口座または健保組合登録口座のいずれかに☑して下さい。
健保組合登録口座	☐ 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。	
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和　年　月　日	
被保険者（申請者）	（氏名）　（住所）	
受取代理人	受取代理人 住所・電話 氏名	
金融機関名称及び預金種別	信連 農協 銀行　本店・支店	（普通・当座）
口座番号	左づめでご記入下さい。	
（フリガナ）名義人	（フリガナ）	

○被保険者のマイナンバー記入欄

（②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。）

受付印

令和５年５月改訂版　　茨城県農協健康保険組合

申出内容を確認のうえ必ず被保険者が☑を付けて下さい。

①②被保険者の事業所名称および記号・番号を記入して下さい。記号番号は被保険者証に記載されています。

③④⑤被保険者の氏名および生年月日と年齢を記入して下さい。

⑥被扶養者の出産の場合、その方の氏名・生年月日・年齢・続柄を記入して下さい。

⑦出産した医療機関（助産院）の名称・住所を記入して下さい。

⑧出生児の氏名を記入して下さい。

⑨出産年月日および生産死産の別を記入して下さい。

令和5年4月の出産より一時金が引上げられました。（詳細は次ページ）

⑩県・市町村の医療助成制度（マル福・公費等）の該当または不該当に〇を付けて下さい。

⑪⑫医師・助産師による証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けて下さい。死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けて下さい。

⑬給付金の振込先はマイナポータル等で事前登録した口座または、健保に登録している口座のいずれかを選択して下さい。

＜添付書類＞
①医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合⇒出生が確認できる書類（戸籍謄（抄）本）、住民票、戸籍記載事項証明書、出生受理証明書など）、死産が確認できる書類（死産証明・死胎検案書など）
②被保険者が亡くなり相続人が請求する場合⇒被保険者との続柄等がわかる「戸籍謄本」㊞ など
③医療機関等から発行される「領収・明細書」（※「領収・明細書」に「直接払制度を利用しない旨」が記載されてない場合は、医療機関から交付される直接払制度を利用していないことを証する書類のコピーを併せて添付して下さい。

＜支給要件＞
〇妊娠4ヶ月（85日）以後の出産、死産（流産）、人工中絶も含まれます。

＜直接支払制度＞
〇医療機関等で直接支払制度（受取代理）を利用していれば、当該申請は必要としません。

茨 農 健 発 第 5 号
令 和 5 年 4 月 5 日

事　業　主　殿

茨城県農協健康保険組合
理 事 長　八 木 岡　努
（ 公 印 省 略 ）

法改正による出産育児一時金の引き上げについて
（令和５年４月１日施行）

日頃より、当組合の事業運営につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

健康保険法施行令の改正により、令和５年４月１日以降の出産について下記の通り出産育児一時金が引き上げられることとなりました。

ご多忙の中恐縮ですが被保険者へ周知方よろしくお願い申し上げます。

記

	産科医療補償制度の加算対象の場合	産科医療補償制度の加算対象外の場合
３月３１日まで	４２０,０００円（※）	４０８,０００円
４月１日以降	５００,０００円（※）	４８８,０００円

（※）産科医療補償制度とは、分娩に関連して重度脳性麻痺となった赤ちゃんが速やかに補償を受けられるよう分娩を取り扱う医療機関等が加入する制度のことです。当該制度に加入する医療機関で出産した場合で在胎週数２２週以降の出産の場合、12,000 円が加算されます。

以上

埋葬料支給申請書　（被保険者または被扶養者が亡くなった場合）

健康保険 ☑本人 □家族　埋葬料（費）支給申請書　　健保事務担当者確認欄 ☑

記入例

確認欄	この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人が作成したものです。（事業主証明欄は除きます。） 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。
☑	

令和　　年　5 月　31 日　提出

①事業所名称	健保商事株式会社		②被保険者証 記号－番号	100 ― 10	
③被保険者情報（被保険者が亡くなった場合は申請者の情報を記入）	氏名	健保　良子	生年月日	昭和・平成 39 年 5 月 2 日	年齢 59 歳 性別 男 女
（亡くなった方）1.被保険者　2. 被扶養者	（〒310－××××）水戸市梅香1丁目●●番地●号			（TEL. 029-×××-××××）□□□マンション１０１号	
④死亡した被保険者または被扶養者の情報	氏名	ケンポ　イチロウ 健保　一郎	続柄 本人	生年月日 昭和・平成・令和 32 年 7 月 10 日	年齢 65 歳 性別 男 女
⑤被保険者又は被扶養者の死亡原因（病名）	急性大動脈解離		第3者又は業務災害	該当 ・不該当	
			死亡年月日	令和 5年 5月 15日	

⑥被保険者が死亡したための申請である場合（被扶養者又は家族が記入する欄）

被保険者と申請者の身分関係（続柄）	被扶養者である	該 当	埋葬した年月日	令和 5 年 5 月 19 日
	（続柄： 妻 ）	不該当	埋葬に要した費用	1,000,000 円
金融機関名称及び預金種別	●●● 銀行 農協	▲▲▲ 本店 支店	普通・当座	（口座番号）■■■■■■■
（ﾌﾘｶﾞﾅ）名義人	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	ケンポ　ハナコ	（注）申請者の希望する振込先を記入して下さい。申請者が被扶養者以外の場合被保険者との身分関係を示す書類が必要となります。（戸籍謄本㊟や住民票㊟）	
	氏名	健保　花子		

⑦事業主証明欄　上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　5年　5月　３０日

事業主　住所　水戸市梅香1丁目●●番地●号　▲▲ビル5F
名称　健保商事株式会社
氏名

（※）事業主の押印は省略できます。

⑰給付金振込先

公金受取口座（マイナポータル）	☑ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。	※公金受取口座または健保組合登録口座のいずれかに☑して下さい。
健保組合登録口座	□ 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。	

受取代理人の欄

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日

被保険者（申請者）	（氏名）	（住所）
受取代理人	受取代理人 住所・電話 氏名	
受取代理人	金融機関名称及び預金種別	信連 農協 銀行　本店・支店　（普通 ・当座）
受取代理人	口座番号	左づめでご記入下さい。
受取代理人	（ﾌﾘｶﾞﾅ）名義人	（ﾌﾘｶﾞﾅ）

○被保険者のマイナンバー記入欄

（②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。）

受 付 印

令和５年５月改訂版

茨城県農協健康保険組合

申出内容を確認のうえ必ず申請者が☑を付けて下さい。

①②被保険者の事業所名称および記号・番号を記入して下さい。記号番号は被保険者証に記載されています。

③被保険者の氏名・生年月日・年齢・性別・住所・電話番号を記入して下さい。被保険者が亡くなった場合は、申請者の情報を記入して下さい。亡くなった方に〇を付けて下さい。

④亡くなった方の氏名・生年月日・年齢・性別・続柄を記入して下さい。

⑤亡くなった方の死亡原因（病名等）・死亡年月日を記入して下さい。また第三者行為等の該当・不該当について☑を付けて下さい。

⑥被保険者が死亡したための申請である場合、申請者の身分関係と続柄等、埋葬に要した費用と埋葬年月日、埋葬費の振込先を記入して下さい。

⑦事業主の証明を受けて下さい。証明が得られない場合（被扶養者の死亡のとき）、死亡が確認できる書類を添付して下さい。

⑧給付金の振込先はマイナポータル等で事前登録した口座または、健保に登録している口座のいずれかを選択して下さい。

＜添付書類＞
①事業主の証明が得られない場合⇒「埋葬許可証」、「火葬許可証」、「死体検案書」、「死亡診断書」、「戸籍（除籍）謄（抄）本」など
②被扶養者でない家族が請求する場合⇒被保険者との続柄がわかる書類「戸籍謄本」（写）など
③被保険者が亡くなり申請者（家族でない方）が請求する場合⇒埋葬に要した費用の明細書、埋葬に要した費用が 記載された領収書（申請者と支払った方の氏名が一致しているもの）

＜業務上の原因で死亡したとき＞
〇被保険者が業務上の原因または通勤災害による病気・けがで死亡した場合は、健康保険の埋葬料（費）は支給されず、労災保険の葬祭料（葬祭給付）または、労働基準法に基づく葬祭料が支給されることになります。

限度額適用認定証（医療機関等の窓口負担を限度額までにする場合）

健康保険　限度額適用認定証　交付決定決議書

伺年月日	令和	年	月	日
決定年月日	令和	年	月	日
交付年月日	令和	年	月	日

限度額区分

標報月額　千円

常務理事	事務長	業務課長	係

限度額認定証の交付について決定します。

健康保険 限度額適用認定申請書　記入例

確認欄 ☑ この申請書については、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。

令和　5　年　5　月　9　日　提出

①事業所名称	○○○連合会			②被保険者証記号－番号	110	—	22
③被保険者氏名	茨城　一郎	性別 男・女	④生年月日	昭和 平成 2年2月20日	⑤年齢	33	歳
⑥認定対象者が被扶養者の場合はその方の氏名・性別・生年月日・年齢・続柄	氏名			性別 男・女	続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		年齢		歳	
⑦診療を受ける医療機関名称及び住所	名称	医療法人○○会　○○総合病院					
	住所	水戸市梅香○丁目○番○号					
⑧第3者行為（交通事故）・業務災害	該当・不該当		⑨診療区分	入院・外来			
⑩診療又は手当の期間（限度額証の有効期限）	令和	5 年 5 月 10 日 ～ 5 年 6 月 30 日 まで		⑫公費またはマル福	該当		
⑪上記の期間に入院する場合その期間	令和	5 年 5 月 10 日 ～ 5 年 5 月 20 日 まで			不該当		
⑬認定証の送付先（希望する送付先を記入） 1. 自宅 2. 事業所 3. 来所 ※送付先に○を付けて下さい。	（〒　－　）　（電話　）						
	住所						
	氏名						

○被保険者のマイナンバー記入欄

（②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。）

受付印

（注意）
○被保険者が市町村民税非課税（低所得者）の場合、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出して下さい。
○「限度額適用認定証」の有効期限は、申請を受け付けた日の属する月の1日（資格を取得した月の場合は資格取得日）から最長で1年間の範囲となります。
○「限度額認定証」の有効期限が切れた場合、すみやかに農協健康保険組合まで返納して下さい。

令和4年3月改訂版　　交付No.

茨城県農協健康保険組合

申出内容を確認のうえ必ず被保険者が☑を付けて下さい。

①②被保険者の事業所名称および記号・番号を記入して下さい。記号番号は被保険者証に記載されています。

③④⑤被保険者の氏名・性別・生年月日・年齢を記入して下さい。

⑥対象者が被扶養者の場合、その方の氏名・性別・生年月日・年齢・続柄を記入して下さい。

⑦診療を受ける医療機関の名称・住所を記入して下さい。

⑧第三者行為等の該当または不該当に○を付けて下さい。第三者行為等で交通事故である場合、「交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届」を併せて提出して下さい。

⑨入院または外来の別に○を付けて下さい。

⑩⑪診療または手当に要する期間および入院する場合その期間を記入して下さい。

⑫県・市町村の医療助成制度（マル福・公費等）の該当または不該当に○を付けて下さい。

⑬限度額適用認定証の送付先が自宅の場合、住所を記入して下さい。（健康保険組合に直接来所する場合、来所に○を付けて下さい。

■当該認定証（P.9およびP.10）の交付前に医療機関での窓口支払が済んでいる場合、受診から3か月後（医療機関の請求状況により遅れる場合あり）に、被保険者の口座へ限度額を超えた分の高額医療費を振込みます。（高額医療費の申請は必要ありません。）

（注意）
○被保険者が市町村民税非課税（低所得者）の場合、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出して下さい。
○「限度額適用認定証」の有効期限は、申請を受け付けた日の属する月の1日（資格を取得した月の場合は資格取得日）から最長で1年間の範囲となります。
○「限度額認定証」の有効期限が切れた場合、すみやかに農協健康保険組合まで返納して下さい。

限度額適用・標準負担額減額認定証（非課税者の窓口負担を限度額にする場合）

健康保険　限度額適用・標準負担額減額認定証　交付決定決議書

伺年月日	令和	年	月	日
決定年月日	令和	年	月	日
交付年月日	令和	年	月	日

限度額区分

標準負担額減額認定証の交付について決定します。

標報月額　千円

常務理事	事務長	業務課長	係
記入例			

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書（非課税者用）

確認欄 ☑ この申請書については、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。

令和 5 年 5 月 9 日 提出

①事業所名称	○○○協同組合			②被保険者証 記号－番号	100	—	33
③被保険者氏名	茨城　太朗	性別 男・女	④生年月日	昭和・平成 39年2月23日	⑤年齢	59	歳
⑥認定対象者が被扶養者の場合はその方の氏名・性別・生年月日・年齢・続柄	氏名	茨城　花子	性別 男・女	続柄	妻		
	生年月日	昭和・平成・令和 45年11月11日		年齢	52	歳	
⑦診療を受ける医療機関名称及び住所	名称	医療法人○○会　○○総合病院					
	住所	水戸市梅香○丁目○番○号					
⑧第3者行為（交通事故）・業務災害	該当 ・ 不該当		⑨診療区分	入院 ・ 外来			

⑩診療又は手当の期間（限度額証の有効期限）	令和 5 年 5 月 10 日	～	5 年 6 月 30 日	まで	⑫公費または マル福	該当
⑪上記の期間に入院する場合その期間	令和 5 年 5 月 10 日	～	5 年 5 月 20 日	まで		不該当

⑬認定証の送付先（希望する送付先を記入）	〒310 － 0022 住所　水戸市梅香2丁目○番地○号
①自宅 2. 事業所 3. 来所 ※送付先に○を付けて下さい。	氏名　茨城　太郎

⑭市区町村長証明欄

○市区町村民税が非課税の方は、市区町村長の証明を受けて下さい。ただし、「課税（非課税）証明書」を添付すれば証明を省略できます。

氏名　茨城　花子　は、令和 2 年度の市区町村民税が課されていないことを証明します。

令和　5年　5月　8日

市区町村長　　健康　一郎　　㊞

受付印

○被保険者のマイナンバー記入欄

（②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。）

（注意）
○市区町村民税が非課税の方は、市区町村長の証明を受けるか、別に課税（非課税）証明書を添付して下さい。なお、療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。
（例）令和4年8月～令和5年7月診療分→令和4年度（令和3年中の収入）の「課税（非課税）証明書」
令和5年8月～令和6年7月診療分→令和5年度（令和4年中の収入）の「課税（非課税）証明書」
○認定証の有効期限は、申請月の初日（資格取得した月の場合は資格取得日）から最長で初めて到来する7月末日の範囲となります。
○認定証の有効期限が切れた場合、すみやかに農協健康保険組合まで返納して下さい。

令和4年5月改訂版　　交付No.

茨城県農協健康保険組合

申出内容を確認のうえ必ず被保険者が☑を付けて下さい。

①②被保険者の事業所名称および記号・番号を記入して下さい。記号番号は被保険者証に記載されています。

③④⑤被保険者の氏名・性別・生年月日・年齢を記入して下さい。

⑥対象者が被扶養者の場合、その方の氏名・性別・生年月日・年齢・続柄を記入して下さい。

⑦診療を受ける医療機関の名称・住所を記入して下さい。

⑧第三者行為等の有無を記入して下さい。第三者行為等で交通事故である場合、「交通事故により健康保険を使用した場合の傷病届」を併せて提出して下さい。

⑨入院または外来の別に○を付けて下さい。

⑩⑪診療または手当に要する期間および入院する場合その期間を記入して下さい。

⑫県・市町村の医療助成制度（マル福・公費等）の該当または不該当に○を付けて下さい。

⑬認定証の送付先が自宅の場合、住所を記入して下さい。（健康保険組合に直 接来所する場合、来所に○を付けて下さい

⑭市区町村長の証明を受けて下さい。ただし、課税（非課税）証明書を添付すれば証明は省略できます。

（注意）
○市区町村民税が非課税の方は、市区町村長の証明を受けるか、別に課税（非課税）証明書を添付して下さい。なお、療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。
（例）令和4年8月～令和5年7月診療分→令和4年度（令和3年中の収入）の「課税（非課税）証明書」
令和5年8月～令和6年7月診療分→令和5年度（令和4年中の収入）の「課税（非課税）証明書」
○認定証の有効期限は、申請月の初日（資格取得した月の場合は資格取得日）から最長で初めて到来する7月末日の範囲となります。
○認定証の有効期限が切れた場合、すみやかに農協健康保険組合まで返納して下さい。

特定疾病療養受領証（特定疾病に罹患している場合の自己負担軽減措置）

健康保険　特定疾病療養受療証交付決定決議書

伺年月日	
決定年月日	
交付年月日	

特定疾病療養受療証の交付について決定します。

自己負担額
円

標報月額
千円

常務理事	事務長	業務課長	係

健康保険　特定疾病療養受療証交付申請書

確認欄	
☑	この申請書については、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。（医師の意見欄は除きます。） 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。

令和　5年　5月　9日　提出

申出者情報

①勤務先	○○○協同組合			②被保険者証記号－番号	333 － 0000		
③被保険者氏名	健康　一郎	性別 男・女	④生年月日	昭和 平成 42年10月31日	⑤年齢	55	歳
⑥認定対象者が被扶養者（家族）の場合（氏名・性別・生年月日・年齢・続柄）	氏名			性別 男・女	続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		年齢		歳	
⑦疾病名（1～3の該当する疾病番号を記入して下さい。）	1	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み厚労大臣の定める者に限る）					

連絡先

⑧住所および連絡先（対象者の連絡先を記入して下さい。）	（〒３１０　－　００００　）　（電話　090－0000－0000　）
☑自宅 □事業所 （□ 来所）	住所　水戸市宮町１丁目○○番地　○○ハイツ　○○○号室 氏名　健康　一郎
※希望する送付先に☑を付けて下さい。	

医師の意見欄

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは疾病にかかったことを証明する書類（診断書等）を添付して下さい。

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。　令和　5　年　5　月　8　日

医療機関	
住　所	水戸市千波町1丁目○○番地
名　称	医療法人○○会　○○○クリニック
医師氏名	茨城　太郎

（※）医師の捺印は省略できます。

○被保険者のマイナンバー記入欄

（②の被保険者証記号-番号を記入した場合は記入不要です。）

受付印

（注意）
○この申請書は、特定疾病にかかる自己負担の軽減措置を受けるときに提出して下さい。
○特定疾病にかかる自己負担限度額は1万円です。ただし、人工腎臓を実施している慢性腎不全の方のうち、70歳未満の上位所得者（標準報酬月額53万円以上の方）とその70歳未満の被扶養者は、自己負担限度額が2万円となります。

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＞

○この申請は、特定疾病にかかる自己負担の軽減措置を受けるときに提出して下さい。
○申請書に医師の証明が得られない場合、特定疾病にかかる意見書または特定疾病にかかったことを証明する診断書等を添付して下さい。

＜留意事項＞

○特定疾病にかかる自己負担限度額は１万円です。ただし、人工腎臓を実施している慢性腎不全の方のうち、７０歳未満の上位所得者（標準報酬月額５３万円以上の方）とその７０歳未満の被扶養者は、自己負担減度額が２万円となります。

○特定疾病の対象となるのは次の①～③です。

① 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または、先天性血液凝固第Ⅸ因子障害

② 人工腎臓を実施している慢性腎不全

③ 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）

○特定疾病の高額療養費の特例は、保険者（茨城県農協健康保険組合）の認定を受けることにより該当し、発行期日から有効となります。

医療費のお知らせ再発行依頼書（医療費のお知らせを紛失し再交付を希望する場合）

伺年年月日	令和	年	月	日
決定年月日	令和	年	月	日
再交付年月日	令和	年	月	日

記入例

記号		
5	5	5

常務理事	事務長	業務課長	係

「医療費のお知らせ・保険給付決定通知書」再発行依頼書

確認欄	
☑	この依頼書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①依頼者本人（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依頼者本人が確認しています。

令和 5 年 5 月 10 日 提出

被保険者情報					
① 被保険者番号	45	② フリガナ / 氏名	ケンコウ / 健康	イチロウ / 一郎	③ 生年月日 昭和 (平成) 3 年 3 月 2 日
④医療費のお知らせの送付先（希望する送付先を記入） 1 自宅 (2) 事業所 来所 ※希望する送付先に☑を付けて下さい。		（〒 － ） 住所 氏名		（電話 ）	
⑤再発行する理由		☑ 紛失 ☐ その他 [ ]			

希望する期											
⑥診療月	令和	4	年	12	月	～	令和	5	年	1	月 2 ヶ月分

※発行できる期間は、依頼書を受付した月の3ヶ月前までとなります。（例）令和5年4月受付の場合、令和5年1月診療分までです。
なお、令和5年12月診療分の「医療費のお知らせ」の発行は令和6年3月ですので、再発行での対応は令和6年4月以降となります。

上記の診療期間について、「医療費のお知らせ・保険給付決定通知書」の再発行を依頼します。

留意事項

○確定申告で医療費控除を受ける場合、領収書の提出のかわりに医療費控除の明細書の添付が必要となりました。医療費のお知らせを添付すれば明細書の記入を省略できます。
○「医療費のお知らせ」は、医療機関等から健康保険組合に届く「診療報酬明細書（レセプト）」などに基づき作成しているため、医療機関からの請求が遅れなどが生じた場合、皆様の医療費などが「医療費のお知らせ」に反映されない場合があります。
○公費負担医療等、県または各市町村の医療費助成制度を受けられている場合、領収書の金額が「医療費のお知らせ」に正しく反映されない場合もあります。
○医療費控除の算出式は次のとおりです。

その年に支払った医療 － 保険金などで補填される額 － 10万円または所得金額の5%（いずれか低い方） ＝ 医療費控除額（最高200万円）

令和4年5月改訂版

受付印

茨城県農協健康保険組合

申出内容を確認のうえ必ず被保険者が☑を付けて下さい。

①被保険者の事業所名称および記号・番号を記入して下さい。記号番号は被保険者証に記載されています。

②③被保険者の氏名・生年月日を記入のうえ捺印して下さい。

④「医療費のお知らせ」の送付先が自宅の場合、住所を記入して下さい。（健康保険組合に直接来所する 場合、来所に☑して下さい

⑤再発行する理由を記入して下さい。

⑥再発行を希望する診療月を記入して下さい。再発行できるのは、受付日（健康保険組合に当該依頼書が受け付けられる日）から3ヶ月前の診療月までです。

※発行できる期間は、依頼書を受付した月の3ヶ月前までとなります。（例）令和5年4月受付の場合、令和5年1月診療分までです。
なお、令和5年12月診療分の「医療費のお知らせ」の発行は令和6年3月ですので、再発行での対応は令和6年4月以降となります。

○確定申告で医療費控除を受ける場合、領収書の提出のかわりに医療費控除の明細書の添付が必要となりました。医療費のお知らせを添付すれば明細書の記入を省略できます。
○「医療費のお知らせ」は、医療機関等から健康保険組合に届く「診療報酬明細書（レセプト）」などに基づき作成しているため、医療機関からの請求が遅れなどが生じた場合、皆様の医療費などが「医療費のお知らせ」に反映されない場合があります。
○公費負担医療等、県または各市町村の医療費助成制度を受けられている場合、領収書の金額が「医療費のお知らせ」に正しく反映されない場合もあります。
○医療費控除の算出式は次のとおりです。

その年に支払った医療 － 保険金などで補填される額 － 10万円または所得金額の5%（いずれか低い方） ＝ 医療費控除額（最高200万円）

負傷の原因届（交通事故・飼い犬等の咬み傷・暴力を伴うケンカ・労災の有無等）

健康保険　**負傷原因届**

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。
○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。

記入例　　令和　5 年　5 月　10 日 提出

被保険者欄				
保険証の記号－番号	保険証（ 100 ― 20 ）		（被保険者）住所	〒 300－0000 水戸市三の丸3丁目○番○号 ○○ビル5F 103号
フリガナ 氏名	イバラキ タロウ 茨城 太郎	年齢 35 歳		
連絡先 （日中の連絡先）	（電話） 029－222－○○○○ （携帯） 080－○○○○－○○○○			

負傷した者が記入する欄	
①負傷した方	氏名 茨城 太郎　フリガナ イバラキ タロウ　35 歳　続柄 本人
②就労形態	(1) 正職員　2 契約・派遣　3 パート　4 アルバイト　5 その他（　）
③傷病名及び経過	肋骨骨折・頸椎捻挫　　治癒　(治療継続中)　中止
④負傷日時及び場所（状況） ※あてはまるものすべてに☑を付けて下さい。	令和 5 年 5 月 10 日　午前・(午後) 7 時 頃 負傷 ☑ 出退勤途中（☐ 寄り道有り　☑ 寄り道無し）　☐ 勤務時間中　☐ 出張先　☐ 飲食店等 ☐ 職場内　☑ 路上　☐ 駅構内　☐ 自宅　☐ 施設（屋内屋外を問わず） ☑ 交通事故　☐ 暴力（ケンカ等）　☐ スポーツ中　☐ その他（　）
⑤負傷の原因	負傷の原因（状況）を具体的に記入して下さい。　〔信号のない、見通しの悪い交差点で相手車両と正面衝突した。〕
⑥相手の有無	(有)・無　※相手が有りの場合、「第三者行為による傷病届」の届出が必要となります。
⑦通院先	名称：○○整形外科　住所：水戸市千波町○番○号 名称：○○総合病院　住所：水戸市城南○番○号
⑧通院期間（下段は入院期間）	令和 5 年 5 月 10 日 から 令和 年 月 日 まで ☑ 現在も通院中 令和 5 年 5 月 10 日 から 令和 5 年 6 月 10 日 まで ☐ 現在も入院中

事業主欄		
本人の申し立てのとおり、業務災害（通勤災害）であることを認めます。		※業務災害・通勤災害の場合、事業主の証明を得て下さい。
（事業所） 所在地 名称 事業主	水戸市梅香1丁目○番○号 ○○連合会 理事長 健康 良夫 （※）事業主の押印は省略できます。	事業所の労災適用 (有)・無 業務（通勤）災害該当の有無 (有)・無 （理由）※無し☑した場合、その理由を明記して下さい。

業務災害（通勤災害）の場合のみ記入

健保組合記入欄	
☐ 健康保険扱い	（特記事項）
☐ 交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届の提出	
☐ 自賠責等求償済	
☐ 医療費返納告知済（業務災害・通勤災害該当分）	
☐ 業務災害（通勤災害）該当医療費返納済	

受付印

令和４年５月改訂版

茨城県農協健康保険組合

申出内容を確認のうえ必ず被保険者が☑を付けて下さい。

■療養費・傷病手当金を申請するとき、その原因が交通事故や飼い犬等の咬み傷または暴力を伴うケンカ等によるものであった場合、この届出を添えて申請して下さい。

○被保険者欄に保険証の記号番号、氏名・住所・連絡先を記入のうえ捺印して下さい。

①負傷した者の氏名・年齢・続柄を記入して下さい。

②就労状況にあてはまる項目に○を付けて下さい。

③傷病名を記入して下さい。治癒・治療継続・中止いずれかに○を付けて下さい。

④負傷した日時を記入のうえ場所・状況に当てはまるもの全てに☑を付けて下さい。

⑤負傷した原因について、具体的に記入して下さい。

⑥相手の有り無しいずれかに、○を付けて下さい。

⑦⑧通院先および通院期間を記入して下さい。通院中または入院中に☑を付けて下さい。

○事業主欄は、業務災害（通勤災害等）であるときに記入して下さい。（事業主印は不要）

○業務災害等の認定は、労働基準監督署が行いますので、詳細は労働基準監督署にお問い合わせ下さい。

事業主欄		
本人の申し立てのとおり、業務災害（通勤災害）であることを認めます。		※業務災害・通勤災害の場合、事業主の証明を得て下さい。
（事業所） 所在地 名称 事業主	水戸市梅香1丁目○番○号 ○○連合会 健康 良夫	事業所の労災適用 (有)・無 業務（通勤）災害該当の有無 (有)・無 （理由）※無し☑した場合、その理由を明記して下さい。

負傷の原因が業務災害（通勤災害）の場合は、この欄に事業主の証明を得て下さい。

交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届

健康保険と労災保険

◇「業務上」または「通勤途上」の事故や災害により、病気やケガをしたときは、健康保険ではなく労災保険で診療を受けなければなりません。通勤途上の災害は、「業務上」とは区別しますが労災保険の適用を受けます。医療機関で治療を受ける際には、事業所に申出し確認を受けたうえで労災保険による治療を受ける旨、医療機関窓口に伝えて下さい。

◇労災保険には次のようなメリットがあります。

①通院費なども含むすべての治療費が給付され、更に健康保険でいう自己負担金はありません。

②休業補償や傷病補償年金、障害補償年金などがあります。

◇通勤災害等であるにも関わらず、健康保険で診療を受けてしまった場合、健康保険組合が支払った医療費については返還して下さい。労災保険に切り替えする手続きをとって、健康保険組合に返還した医療費を労災保険へ請求して下さい。

◇通勤途上とされるのは、①仕事との関係がある、②住居と事業所等の往復である、③合理的な通勤経路、方法による、④往復の経路から外れたり中断していない、等の要件です。実際の認定にあっては、この要件に照らし個々の具体的なケースに応じて実態的に判断されます。

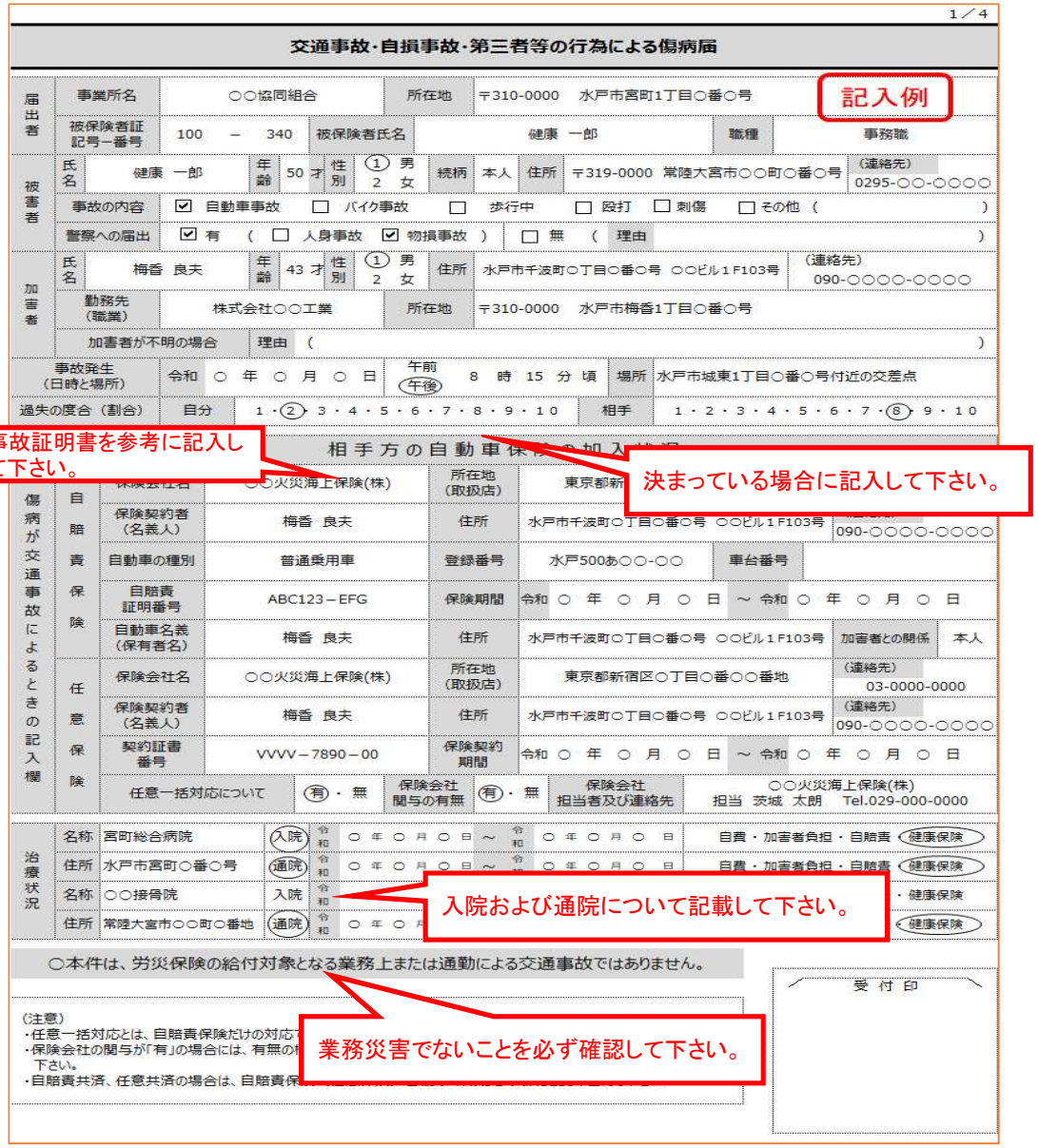
第三者行為と健康保険（「交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届」を提出して下さい。）

◇自動車事故などの第三者行為によって、病気・ケガをしたときは、被害者は加害者に損害賠償請求できます。被害者がその病気やケガについて、健康保険の給付を受けた場合、もともと加害者が支払うべきものを健康保険組合が負担したことになります。したがって、このようなときは被害者のもっている損害賠償請求権が健康保険組合に移ることになります。（求償権の代位取得）

◇求償権を代位取得した健康保険組合は、被害者の保険給付に要した費用を加害者または自動車保険の会社に請求して取り戻すことになります。

◇健康保険組合が交通事故を知るのが遅れた場合、加害者の自賠責保険会社に連絡をとったときには、すでに賠償限度額の120万円がすべて支払われた後となると、かかった医療費を取り戻すことは困難となります。被保険者の皆様には、交通事故にあった場合すみやかに健康保険組合まで申し出ていただくようお願いします。

◇前述したとおり、交通事故やケンカ等の第三者が原因のケガ（負傷）の治療費は、本来加害者が負担すべきものです。保険証を使用して受診した場合、健康保険組合が加害者にかわり医療費を支払っていることになりますので、加害者側へ求償（請求）するためにも、速やかに「交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届」を提出して下さい。



1／4

交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届

記入例

届出者	事業所名	○○協同組合	所在地	〒310-0000　水戸市宮町1丁目○番○号			
	被保険者証記号ー番号	100 － 340	被保険者氏名	健康　一郎	職種	事務職	
被害者	氏名	健康　一郎	年齢	50 才	性別	① 男　2 女	
	続柄	本人	住所	〒319-0000　常陸大宮市○○町○番○号		（連絡先）0295-○○-○○○○	
	事故の内容	☑ 自動車事故　☐ バイク事故　☐ 歩行中　☐ 殴打　☐ 刺傷　☐ その他（　）					
	警察への届出	☑ 有（☐ 人身事故　☑ 物損事故）　☐ 無（理由　）					
加害者	氏名	梅香　良夫	年齢	43 才	性別	① 男　2 女	
	住所	水戸市千波町○丁目○番○号　○○ビル１F103号		（連絡先）090-○○○○-○○○○			
	勤務先（職業）	株式会社○○工業	所在地	〒310-0000　水戸市梅香1丁目○番○号			
	加害者が不明の場合	理由（　）					
事故発生（日時と場所）		令和　○ 年　○ 月　○ 日	午前 午後	8 時　15 分 頃	場所	水戸市城東1丁目○番○号付近の交差点	
過失の度合（割合）		自分　1・② 3・4・5・6・7・8・9・10		相手　1・2・3・4・5・6・7・⑧ 9・10			
傷病が交通事故によるときの記入欄	相手方の自動車保険の加入状況						
	自賠責保険	保険会社名	○○火災海上保険(株)	所在地（取扱店）	東京都新		
		保険契約者（名義人）	梅香　良夫	住所	水戸市千波町○丁目○番○号　○○ビル１F103号		090-○○○○-○○○○
		自動車の種別	普通乗用車	登録番号	水戸500あ○○-○○	車台番号	
		自賠責証明番号	ABC123－EFG	保険期間	令和　○ 年　○ 月　○ 日 ～ 令和　○ 年　○ 月　○ 日		
		自動車名義（保有者名）	梅香　良夫	住所	水戸市千波町○丁目○番○号　○○ビル１F103号	加害者との関係	本人
	任意保険	保険会社名	○○火災海上保険(株)	所在地（取扱店）	東京都新宿区○丁目○番○○番地	（連絡先）03-0000-0000	
		保険契約者（名義人）	梅香　良夫	住所	水戸市千波町○丁目○番○号　○○ビル１F103号	（連絡先）090-○○○○-○○○○	
		契約証書番号	VVVV－7890－00	保険契約期間	令和　○ 年　○ 月　○ 日 ～ 令和　○ 年　○ 月　○ 日		
		任意一括対応について	(有)・無	保険会社関与の有無	(有)・無	保険会社担当者及び連絡先	○○火災海上保険(株) 担当　茨城　太郎　Tel.029-000-0000
治療状況	名称	宮町総合病院	(入院)	令和　○ 年　○ 月　○ 日 ～ 令和　○ 年　○ 月　○ 日		自費・加害者負担・自賠責	(健康保険)
	住所	水戸市宮町○番○号	(通院)	令和　○ 年　○ 月　○ 日 ～ 令和　○ 年　○ 月　○ 日		自費・加害者負担・自賠責	(健康保険)
	名称	○○接骨院	入院	令和		・健康保険	
	住所	常陸大宮市○○町○番地	(通院)	令和　○ 年　○			(健康保険)

○本件は、労災保険の給付対象となる業務上または通勤による交通事故ではありません。

（注意）
・任意一括対応とは、自賠責保険だけの対応
・保険会社の関与が「有」の場合には、有無の
下さい。
・自賠責共済、任意共済の場合は、自賠責保

受付印

休業補償

○休業中（治療中）の休業補償の方法について☑して下さい。

☐ 加害者が負担　☐ 自賠責へ請求　☑ 健康保険の傷病手当金

☐ 被害者の人身傷害保険へ請求　☑ その他　（ 加害者側からの補償がないため ）

その他の場合、()内に理由等を記入して下さい。

示談（損害賠償）の状況

○示談状況について☑して下さい。（示談が成立している場合、示談書㊞を添付して下さい。）

☐ 示談した　☑ 交渉中　☐示談しない（理由）（　　）

受領済みのものがあれば記入して下さい。

○加害者から受けた損害金等を記入して下さい。

☐ 治療費	円	受領年月日	令和	年	月	日
☐ 休業損害	円	受領年月日	令和	年	月	日
☐ 慰謝料	円	受領年月日	令和	年	月	日
☐ 見舞金	円	受領年月日	令和	年	月	日
☐ その他	円	受領年月日	令和	年	月	日

交通事故以外の被害行為の発生状況

<発生状況>　※交通事故以外（ケンカ・飼犬の咬傷等）の場合記入して下さい。（交通事故は「事故発生状況報告書」に記載して下さい。）

この欄は、交通事故以外、ケンカや犬に咬まれた等の被害にあったときに記入して下さい。

事故証明書を参考に記入して下さい。

事故発生状況報告書

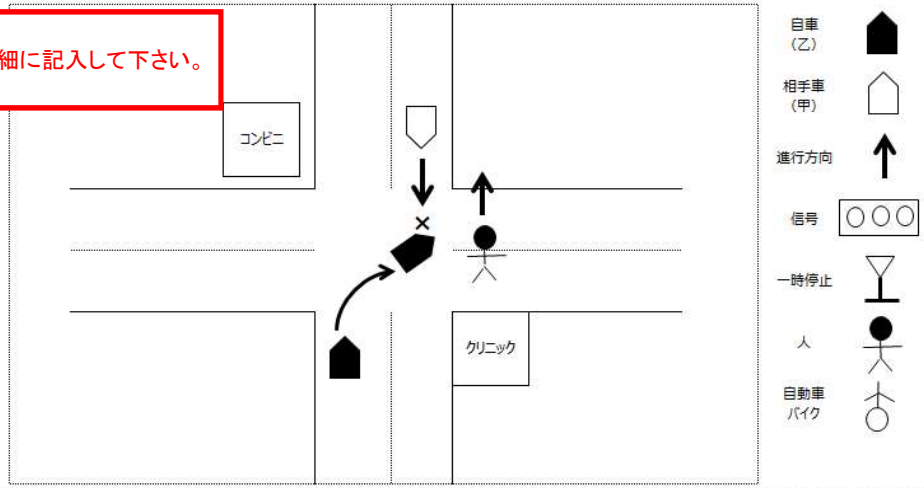
事故証明書番号	第 ×××××× 号	当事者	甲（相手・加害者）	氏名	梅香 良夫	連絡先	090-○○○○-○○○○
自動車の番号	水戸500あ○○-○○		乙（被害者）	氏名	健康 一郎		☑ 運転 ☐ 同乗 ☐ 歩行 ☐ その他

天候	☑ 晴	☐ 曇	☐ 雨	☐ 雪	☐ 霧	交通状況	☐ 混雑	☑ 普通	☐ 閑散	明暗	☐ 昼間	☑ 夜間	☐ 明け方	☐ 夕方		
道路状況	舗装	☑ してある	☐ してない	歩道	☑ ある	☐ ない	道路の見通し	☑ 良い	☐ 悪い							
	中央車線	☑ ある	☐ ない	道路の状態	☑ 直線	☐ カーブ	☐ 平坦	☐ 坂	☐ 路面凍結	☐ 積雪路						
信号又は標識	信号	☑ ある	☐ ない	自車側信号	☑ 青	☐ 赤	☐ 黄	相手側信号	☑ 青	☐ 赤	☐ 黄					
	駐停車禁止	☑ されている	☐ されていない	その他の標識	（　　）											
速度	甲車両	60 km/h	（	制限速度	50 km/h ）	乙車両	0 km/h	（	制限速度	50 km/h ）						

事故現場状況図

※右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し道路幅は、mで記入して下さい。）

詳細に記入して下さい。



事故発生の経緯

○信号のある見通し良い交差点で自車（乙車）が青信号で右折しようとしたところ、横断者がいたため徐行し横断歩道の手前で停止した際、　直進してきた対向車（甲車両）に衝突された。

日時	(出勤日)　休日　その他（　　）
時間帯	勤務時間中　通勤途上　(私用)　その他
場所	事業所　(道路上)　自宅　その他（　　）
労災	該当　(不該当)

上記内容に間違いありません。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

届出者氏名　健康 一郎　㊞

相手方（加害者）の氏名

同 意 書

茨城県農協健康保険組合　理事長　殿

私が加害者（ **梅香　良夫** ）に対して有する損害賠償請求権は、法令により、茨城県農協健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、茨城県農協健康保険組合が損害賠償の支払いの請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書（レセプト）の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、茨城県農協健康保険組合は、受領金額ならびにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について、情報提供を受けること及び保険医療機関等に対し事故による診療に関する内容照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申出すること
2. 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと
3. 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日・内容・金額を速やかに届出すること
4. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること

令和　○　年　○　月　○　日

届出者（負傷者）

氏　名　健康　一郎　㊞

事故当事者の氏名と捺印
（未成年の場合は親権者）

交通事故証明書入手不能理由書

警察署への届出をしていない場合などの理由で
事故証明が発行できないときに必要な書類です。

発生日時					
発生場所					
加害者（甲）	住所				
	氏名		生年月日		年齢　歳
	車種		車両番号		
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号		
	事故時の状態				
被害者（乙）	住所				
	氏名		生年月日		年齢　歳
	車種		車両番号		
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号		
	事故時の状態				
甲乙以外の当事者	住所		生年月日		年齢　歳
	氏名		車両番号		
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号		
交通事故証明書を入手できない理由					

相手方（加害者）の署名・捺印が必要です。
相手方から署名捺印を得られない場合には、
その理由を記入して下さい。

上記理由により交通事故証明書は取得できませんが、事故の事実に相違ありません。

（甲）　住所　　令和　年　月　日

氏名　　㊞　（連絡先）

上記事故を目撃し

目撃者　住所　　令和　年　月　日

氏名　　㊞　（連絡先）

目撃者の協力が得られれば、
その方の署名/捺印

上記のとおり報告します。　　令和　年　月　日

被保険者　　㊞

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。