



事務担当者(初任者)講習動画

【適用②】

東京金属事業健康保険組合 業務部

令和7年4月

被扶養者の要件

被扶養者として認定されるためには、「国内に居住していること」に加え、「家族の範囲」と「収入」について一定の条件を満たしている必要があります。

●国内に居住していること

日本国内に住民票があること（国内居住要件）

（国内居住要件の例外）

被扶養者が海外に在住している場合、「日本国内に生活の基盤があると認められるもの」は同様に国内居住要件を満たすものとします。

- ①外国において留学する学生
- ②海外赴任する被保険者に同行する家族
- ③観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で、一時的に日本から海外に渡航する人
- ④海外赴任中に身分関係（婚姻、出生）が生じ、新たな同行家族となった人
- ⑤渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる人

※日本国籍以外の人が入院して医療を受けることや、観光・保養などを目的としている場合は、日本国内に住所があっても被扶養者にはなれません。

● 家族の範囲

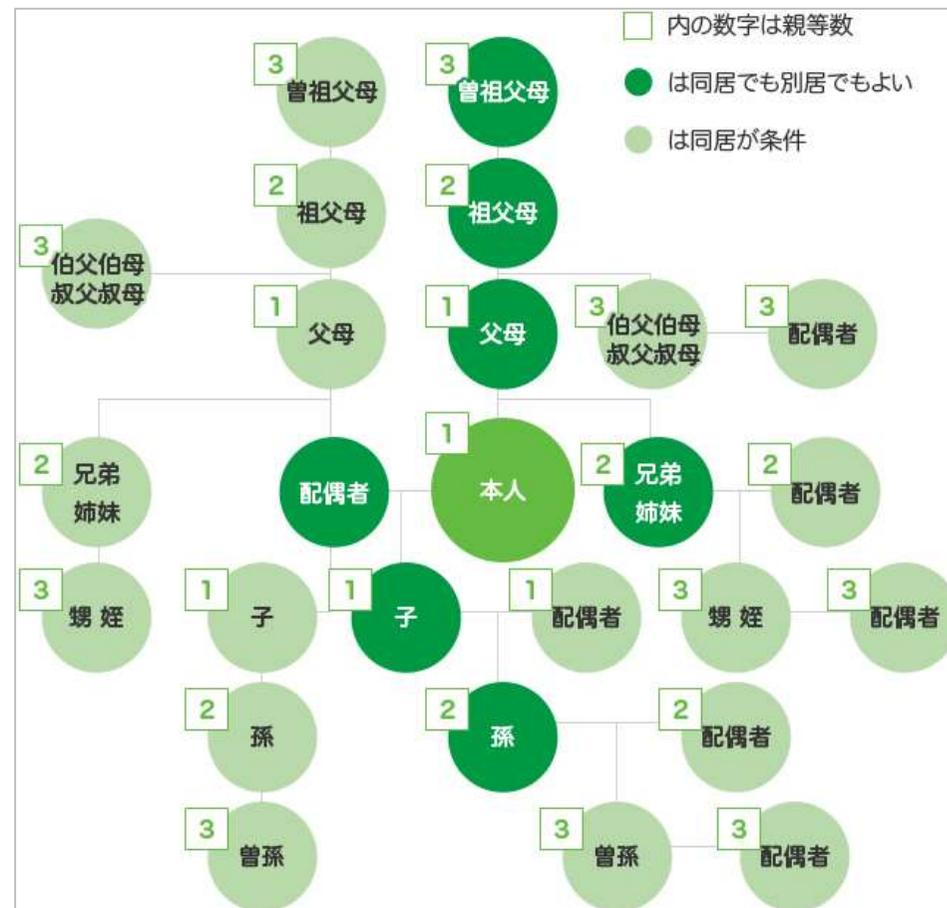
三親等内の親族

◆ 被保険者と同居でも別居でもよい人

- ・ 配偶者（内縁でもよい）
- ・ 子、孫
- ・ 兄弟姉妹
- ・ 父母などの直系尊属

◆ 被保険者と同居が条件の人

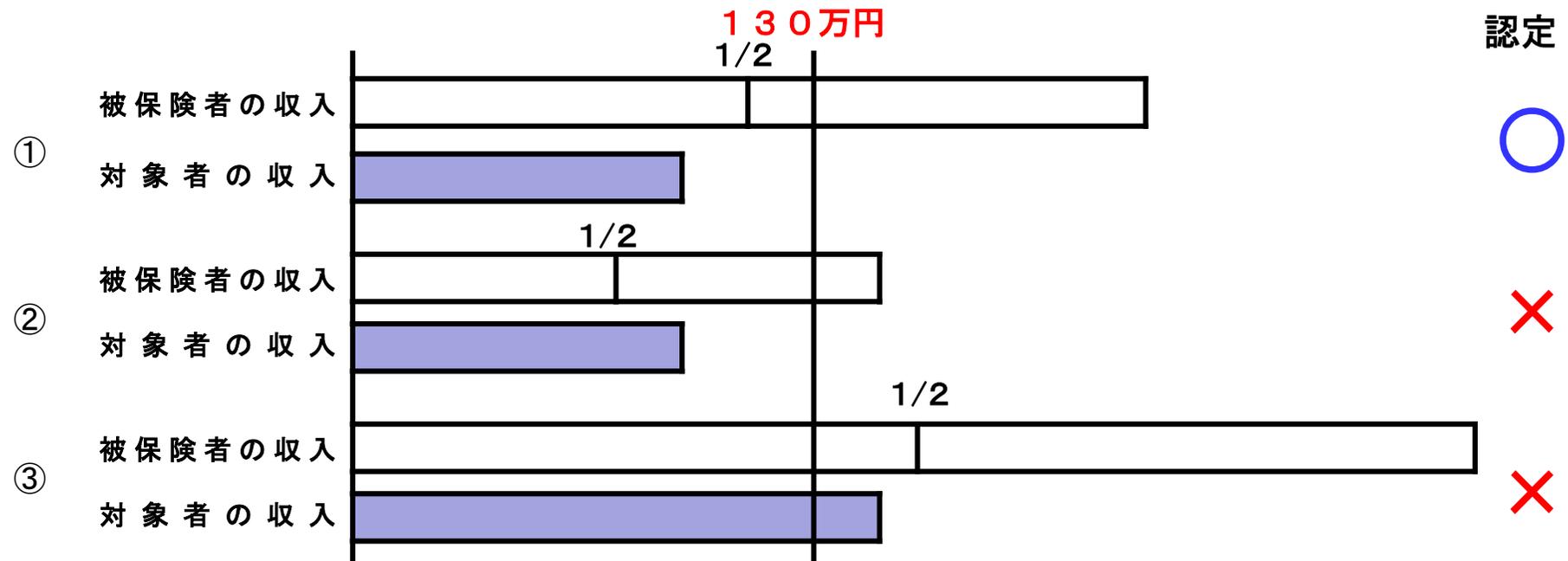
- ・ 上記以外の三親等内の親族
- ・ 被保険者の内縁の配偶者の父母および子
- ・ 内縁の配偶者死亡後の父母および子



●収入の基準

主として被保険者に生計を維持されている人とは？

年収130万円未満（60歳以上または障害者は180万円未満）で、かつ 被保険者の収入の1 / 2未満



- ・ 別居の場合は、対象者の収入より多い援助（仕送り）額が必要です。
- ・ 夫婦共働きの場合は、原則、収入の多い方の被扶養者となります。

収入とは … 給与(交通費含む)、事業収入、雇用保険失業給付、公的年金、企業年金、株式配当、傷病手当金 など

●認定に必要な添付書類

被扶養者の認定を受けるときは、「被扶養者（異動）届」に、必要な書類を添付して申請してください。

○ 収入の確認

- ・ 直近3か月分の給与明細（写）
- ・ 直近の年金振込通知書（写）
- ・ （非）課税証明書
- ・ 確定申告書控え（写） など

○ 学生の確認

- ・ 在学証明書、又は学生証（写）
- ※収入がある場合は収入の確認も必要

○ 同居の確認

- ・ 世帯全員の住民票

○ 送金の確認

- ・ 直近3回分の振込の控え（写）
- ・ 通帳（写）

				確認事項				
				① 収入の 確認	② 学生 の確認	③ 同居 の確認	④ 送金 の確認	
認定対象者					学生 の場合		別居 の場合	
被 保 険 者 と の 続 柄	配偶者			○	○	—	—	
	子	16歳未満		—	—	—	—	
		16 歳 以 上	在 学 中	同居	—	○	—	—
				別居	—	○	—	—
		16 歳 以 上	そ の 他	同居	○	—	—	—
				別居	○	—	—	○
		父母・祖父母・曾祖父母			同居	○	—	—
				別居	○	—	○	
	兄 弟 姉 妹 及 び 孫	16歳未満		—	—	—	—	
		16 歳 以 上	在 学 中	同居	—	○	—	—
				別居	—	○	—	—
		16 歳 以 上	そ の 他	同居	○	—	—	—
				別居	○	—	—	○
その他の親族			同居	○	○	○		
			別居	○	○	○		

- 退職による認定の場合
 - ・ 退職（資格喪失）証明書、または離職票（写）
- 婚姻の場合
 - ・ 婚姻受理通知書（写）または戸籍抄本（謄本）
- 外国籍の方を扶養する場合
 - ・ 在留カードの（写）または住民票（写）（国籍、在留資格等の記載があるもの）

【注】在留資格が「**特定活動**」となっている場合は、活動内容が記載された「**指定書**」（パスポートに添付）の写しも必要です。

※ 認定対象の方の状況より、その他確認書類が必要になる場合があります。

●事業主の証明による被扶養者認定の円滑化

厚生労働省から示された「**年収の壁・支援強化パッケージ**」により、パート、アルバイトの方で繁忙期に労働時間を延ばすなどにより収入が一時的に上がり、直近の収入に基づく年収の見込みが130万円以上となる場合においても、直ちに不認定または被扶養者認定を取り消すのではなく、総合的に将来収入の見込みを判断することとなりました。

・通常の添付書類に追加して以下の書類が必要

○被扶養者の収入確認に当たっての「一時的な収入変動」に係る事業主の証明書※
※被扶養者が就業する事業所の事業主が記載する書式となります。

※扶養認定および被扶養者資格の再確認（検認）にあたっては、全ての提出書類を確認のうえ生計維持関係などを総合的に判断いたしますので、証明書の提出をもって必ず認定または認定が継続される訳ではありません。

※雇用契約書等を踏まえ年間収入の見込みが恒常的に130万円以上となる場合や、基本給が上がった場合など、今後も引き続き収入が増えることが確実な場合においては、一時的な収入増加とは認められません。

●被扶養者の資格がなくなるとき ※()内は扶養削除日

- 被保険者が資格を喪失したとき（被保険者の資格喪失日）
- 別居し生計維持関係がなくなったとき（別居を始めた日）
- 被扶養者が就職し、別の健康保険に加入したとき（就職した日）
- 離婚したとき（離婚日）
- 死亡したとき（死亡日の翌日）
- 失業給付の受給を開始したとき（受給開始日）

など

※ 毎年11月から翌年1月にかけて、被扶養者として認定されている人が、引き続き被扶養者の資格を有する状態であるかを再確認する「検認」を実施しています。

収入証明などの添付書類により、被扶養者の資格を満たしていないことが確認されたときや、特段の事情がなく現況届をご提出いただけない場合は、職権により資格削除となります。

健康保険のおもな適用関係の届出（その1）

	理 由	届出の名称	提出期限	摘要
従業員の 採用・退職	従業員が入社したとき	被保険者資格取得届	5日以内	◎
	従業員が退職したときや 75歳になったとき	被保険者資格喪失届	5日以内	◎ ※
	退職後、個人で継続して健保 に加入するとき	任意継続被保険者 資格取得申請書	20日以内	
標準報酬 月額の見直し	標準報酬月額の見直し	報酬月額算定基礎届	毎年7月	◎
	報酬が大きく変動したとき	報酬月額変更届	速やかに	◎
	産前産後休業が終了し、報酬 が変動したとき	産前産後休業等終了時 報酬月額変更届	速やかに	◎
	育児休業が終了し、報酬が変 動したとき	育児休業等終了時 報酬月額変更届	速やかに	◎
賞与	賞与を支払ったとき	賞与支払届	5日以内	◎
※ 厚生年金保険は70歳で資格喪失 ◎ 厚生年金保険も届出が必要です。				

健康保険のおもな適用関係の届出（その2）

	理 由	届出の名称	提出期限	摘要
産前産後休業	産前産後休業を開始したとき	産前産後休業等取得者申出届	速やかに	◎
育児休業	育児休業を開始したとき	育児休業等取得者申出届	速やかに	◎
介護保険	介護保険（第2号被保険者）に該当しないとき	介護保険適用除外該当届	14日以内	※
<p>※ 40歳以上65歳未満の健康保険加入者のうち、日本国内に住所を有しない人</p> <p>◎ 厚生年金保険も届出が必要です。</p>				

健康保険のおもな適用関係の届出（その3）

	理 由	届出の名称	提出期限	摘要
被扶養者	被扶養者に異動（出生・結婚・死亡・75歳になったとき等）があったとき	被扶養者（異動）届	速やかに	
被保険者 被扶養者	氏名が変わったとき	氏名変更届	速やかに	◎
	生年月日を訂正するとき	生年月日訂正届	速やかに	◎
	住所が変わったとき	住所変更届	速やかに	◎
	資格確認書等をなくしたとき	再交付申請書・滅失届	速やかに	
事業所関係の 変更	事業主が変わったとき	事業所関係変更届	5日以内	◎
	事業所の名称・所在地が変わったとき	事業所所在地・名称変更届	5日以内	◎
<p>◎ 厚生年金も届出が必要です。 （氏名変更届・住所変更届については個人番号の届出があれば省略できます）</p>				

適用関係書類様式例 (1)

正 健康保険 被保険者資格取得届

令和 年 月 日 提出

事業所所在地
〒 -

提出者記入欄
事業所名称
事業主氏名
電話番号

健康保険の記号
社会保険労務士記載欄
氏名 番号

1	健康保険番号	2	氏名	3	生年月日	4	性別	5	5昭和7平成9令和	6	1.男 2.女
7	取得年月日	8	被扶養者	9	令和	10	0.無 1.有				
11	標準報酬月額	12	備考	1. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 臨時労働者の取得(特定労働者等) 4. その他							
13	資格認定発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 <input type="checkbox"/> 発行が必要 <input type="checkbox"/> 発行が必要									

東京金属事業健康保険組合 受付印

正 健康保険 被保険者資格喪失届

令和 年 月 日 提出

事業所所在地
〒 -

提出者記入欄
事業所名称
事業主氏名
電話番号

健康保険の記号
社会保険労務士記載欄
氏名 番号

1	健康保険番号	2	氏名	3	生年月日	4	性別	5	5昭和7平成9令和	6	1.男 2.女
7	喪失年月日	8	標準報酬月額	9	令和	10	0.無 1.有				
11	備考	1. 退職後の継続再雇用者の喪失 2. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他									
13	資格認定発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 <input type="checkbox"/> 発行が必要 <input type="checkbox"/> 発行が必要									

東京金属事業健康保険組合 受付印

適用関係書類様式例 (2)

正 健康保険 被保険者報酬月額算定基礎届

様式ニ一フ
2 2 2 5

令和 年 月 日提出

事務理事 事務局長 部長 課長 課長補佐 担当者

提出者記入欄

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

健康保険の記号

受付印

社会保険労務士記載欄

項目名	① 健康保険被保険者番号		② 被保険者氏名		③ 生年月日		④ 適用年月		⑤ 備考	
	被保険者番号	健康保険被保険者番号	姓	名	年	月	日	元	月	日
1	4									
	5									
	6									
	4									
	5									
	6									
2	4									
	5									
	6									
	4									
	5									
	6									
3	4									
	5									
	6									
	4									
	5									
	6									
4	4									
	5									
	6									
	4									
	5									
	6									
5	4									
	5									
	6									
	4									
	5									
	6									

※⑨支給月とは、給与の対象となった計算月ではなく実際に給与の支払いを行った月となります。

正 健康保険 被保険者報酬月額変更届

様式ニ一フ
2 2 2 1

令和 年 月 日提出

事務理事 事務局長 部長 課長 課長補佐 担当者

提出者記入欄

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

健康保険の記号

社会保険労務士記載欄

項目	① 健康保険被保険者番号		② 被保険者氏名		③ 生年月日		④ 適用年月		⑤ 備考	
	被保険者番号	健康保険被保険者番号	姓	名	年	月	日	元	月	日
1	4									
	5									
	6									
	4									
	5									
	6									
2	4									
	5									
	6									
	4									
	5									
	6									
3	4									
	5									
	6									
	4									
	5									
	6									
4	4									
	5									
	6									
	4									
	5									
	6									
5	4									
	5									
	6									
	4									
	5									
	6									

※⑨支給月とは、給与の対象となった計算月ではなく実際に給与の支払いを行った月となります。

適用関係書類様式例 (4)

様式コード 2 | 2 | 6 | 5	健康保険 被保険者賞与支払届	常務理事 事務(局)長 部長 課長 課長補佐 担当者	
令和 年 月 日	健康保険の記号		
提出者記入欄	事業所所在地 〒 ー	事業所名称 ー	
	事業主氏名 ー	電話番号 ー	
	社会保険労務士記載欄 氏名等 ー		
① 健康保険被保険者等番号	② 被保険者氏名	③ 生年月日	⑦ 備考
④ 賞与支払年月日	⑤ 賞与支払額	⑥ 賞与額(年未満は切捨て)	
④ 賞与支払年月日(共通) ー1枚ずつ必ず記入してください。			
1	① 氏名	② 生年月日	③ 性別
1	昭和 年 月 日	年 月 日	男 女
2	④ 賞与支払額	⑤ 賞与額(年未満は切捨て)	⑥ 被保険者の住所
2	000 円	000 円	〒
3	⑦ 被扶養者の氏名	⑧ 生年月日	⑨ 性別
3	昭和 年 月 日	年 月 日	男 女
4	⑩ 続柄	⑪ 被扶養者の住所	
4	〒	〒	
5	⑫ 適用除外の理由	⑬ 該当・不該当の別	⑭ 該当・不該当年月日
5	□ 国外居住者 □ 適用除外施設入所者 □ 在留資格1年未満の外国人	□ 該当 □ 不該当	令和 年 月 日
6	⑮ 入居施設の名称	⑯ 入居施設の所在地	
6	〒	〒	
7	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名
7	〒	ー	ー
8	事業所名称	事業主氏名	電話番号
8	ー	ー	ー
9	社会保険労務士の提出代行者		
9	ー		

正

介護保険適用除外(該当・不該当)届

◎記入の方法は2枚目の裏面に書いてありますのでお読みください。
※印欄は記入しないでください。

被保険者等記号番号		① 記号		② 番号	
③ 被保険者の氏名		④ 生年月日		⑤ 性別	
昭和 年 月 日		年 月 日		男 女	
⑦ 被扶養者の氏名		⑧ 生年月日		⑨ 性別	
昭和 年 月 日		年 月 日		男 女	
⑩ 続柄		⑪ 被扶養者の住所			
〒		〒			
⑫ 適用除外の理由		⑬ 該当・不該当の別		⑭ 該当・不該当年月日	
□ 国外居住者 □ 適用除外施設入所者 □ 在留資格1年未満の外国人		□ 該当 □ 不該当		令和 年 月 日	
⑮ 入居施設の名称		⑯ 入居施設の所在地			
〒		〒			
令和 年 月 日 提出		東京金属事業健康保険組合		受付印	
事業所所在地		事業所名称		事業主氏名	
〒		ー		ー	
事業所名称		事業主氏名		電話番号	
ー		ー		ー	
社会保険労務士の提出代行者					
ー					

R7.1.1

受付印

適用関係書類様式例 (5)

健康保険 産前産後休業取得者
申出書/変更 (終了) 届

常務理事 事務(局)長 部長 課長 課長補佐 担当者

令和 年 月 日提出

健康保険の記号

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

社会保険労務士記載欄

氏名 番号

新規申出の場合は共通記載欄に必要な項目を記入してください。
変更・終了の場合は、共通記載欄に産前産後休業取得開始・提出された内容のうえ、A変更・B終了の必要項目を記入してください。

共通記載欄 (産前産後休業)

被保険者 番号	個人番号 (健康保険番号)	(健康保険は記入不要)										
被保険者 氏名	被保険者 生年月日	5.昭和	6.	7.平成	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
出産予定 年月日	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
産前産後休業 開始年月日	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
産前産後休業 終了予定年月日	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.

以下の①～④は、この申出欄を産前産後休業終了欄にも記入してください。

① 出産年月日	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
② 備考												

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

A. 変更後の 出産(予定) 年月日	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
変更後の産出種類	0. 単胎	1. 多胎	※胎児予定の子の人数が 2人以上(双子以上の場合に 「1.多胎」まで記入してください)									
産前産後休業 開始年月日	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
産前産後休業 終了予定年月日	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.

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

産前産後休業 終了年月日	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
-----------------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

受付印

健康保険 育児休業等取得者
申出書(新規・延長)終了届

常務理事 事務(局)長 部長 課長 課長補佐 担当者

令和 年 月 日提出

健康保険の記号

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

社会保険労務士記載欄

氏名 番号

新規申出の場合は共通記載欄に必要な項目を記入してください。
延長・終了の場合は、共通記載欄に育児休業取得開始・提出された内容のうえ、A延長・B終了の必要項目を記入してください。

※「①育児休業等開始年月日」と「②育児休業等終了(予定)年月日の曜日」が同月内の場合
・共通記載欄の育児休業等取得日数欄と③育児休業等日数欄も必ず記入してください。
・同月内に複数回の育児休業等取得した場合は、④育児休業等開始年月日欄に、最初の育児休業等開始年月日、⑤育児休業等終了予定年月日欄に、最終回の育児休業等終了予定年月日を入力の上、⑥育児休業等取得日数欄に記入してください。

共通記載欄 (新規申出)

被保険者 番号	個人番号 (健康保険番号)	(健康保険は記入不要)										
被保険者 氏名	被保険者 生年月日	5.昭和	6.	7.平成	8.	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.
養育する 子の氏名	養育する子の 生年月日	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
区分	1. 実子 2. その他	※「2.その他」の場合は、⑦養育開始年月日 (実子以外)も記入してください。										
育児休業等 開始年月日	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
育児休業等 終了(予定) 年月日	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
育児休業等 取得日数	就業予定日数	1. 育児休業 2. 育児休業 3. 育児休業 4. 育児休業	⑧育児休業等取得日数欄に記入してください。									

終了予定日を延長する場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

A. 育児休業等 終了(予定) 年月日 (変更)	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
変更後の育児休業等 取得日数	※延長後の育児休業等終了(予定)年月日の翌日より育児休業等開始年月日、 同月内の場合は、必要後の育児休業等取得 日数欄に記入してください。											

予定より早く育児休業を終了した場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

B. 育児休業等 終了 年月日	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
変更後の 育児休業等 取得日数	※「育児休業等終了(予定)年月日」より 育児休業等開始年月日と同月内の場合は、 変更後の育児休業等取得日数欄に記入 してください。											

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

C. 育児休業等 取得日数	1. 育児休業等 取得日数	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
2. 育児休業等 取得日数	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	
3. 育児休業等 取得日数	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	
4. 育児休業等 取得日数	9.令和	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	

受付印

適用関係書類様式例 (6)

正 健康保険 被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

健康保険の記号

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者等番号

被扶養者欄1

被扶養者欄2

被扶養者欄3

被扶養者欄4

扶養に関する申立書(添付書類の内容について補足する事項がある場合に記入してください)

東京金属事業健康保険組合

受付印

様式コード
2 | 2 | 0 | 7
届書コード
2 | 0 | 7

健康保険 被保険者氏名変更(訂正)届

常務理事	事務(局)長	部長	課長	課長補佐	担当者
2	2	0	7		

① 健康保険の記号 ② 健康保険被保険者等番号 ③ 個人番号(または基礎年金番号) ④ 生年月日 ⑤ 性別

(健康保険は記入不要)

昭. 5 年 月 日 1.男 2.女

平. 7 年 月 日

⑥ 被保険者の氏名(変更後) ⑦ 変更前の氏名 ⑧ 資格確認書 ⑨ 備考

要 0 備 1

年 月 日 提出

東京金属事業健康保険組合

受付日印

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名

電 話 (局) 番

社会保険労務士記載欄
氏名等

適用関係書類様式例 (7)

様式コード	2	2	0	9
届書コード	2	0	9	3

健康保険 被保険者生年月日訂正届

常務理事	事務(局)長	部長	課長	課長補佐	担当者

◎記入方法は裏面に書いてありますのでご覧ください

① 健康保険の記号	② 健康保険被保険者等番号	③ 個人番号(または基礎年金番号) (健康保険は記入不要)	④ 訂正前の生年月日 昭. 5 平. 7 令. 9 年 月 日	⑤ 性別 男・女	
⑥ 被保険者の氏名 (氏) (名)		⑦ 生年月日(訂正後) 昭. 5 平. 7 令. 9 年 月 日	⑧ 作成原因 要 0 不要 1	⑨ 資格確認書要否 要 0 不要 1	⑩ 備考

年 月 日 提出

事業所所在地 〒
事業所名称
事業主氏名
電話 (局) 番

社会保険労務士記載書
氏名等

健康保険被保険者・被扶養者住所変更届

常務理事	事務(局)長	部長	課長	課長補佐	担当者

① 記号	② 番号	③ 被保険者氏名 (氏) (名)	④ 生年月日 昭和 平成 年 月 日	⑤ この住所変更は (○印を付けてください) 1. 世帯全員 2. 本人のみ 3. 家族のみ
変更後住所 〒		フリガナ	変更前住所 〒	フリガナ

※ ⑤の欄で、「3.家族のみ」に○印を付けた方は、以下に記入してください。
「1.世帯全員」または、「2.本人のみ」に○印を付けた方は以下については記入不要です。

組合 被扶養者 有・無
使用欄 理由()

被扶養者氏名	続柄	生年月日	変更後住所	変更前住所
		昭和 平成 令和 年 月 日		
		昭和 平成 令和 年 月 日		
		昭和 平成 令和 年 月 日		
		昭和 平成 令和 年 月 日		

被保険者より届出があったので提出します。 令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主名

東京金属事業健康保険組合
受付日付印

適用関係書類様式例 (8)

常務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	担当者

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報	健康保険の 記号一番号	-	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日
	氏名	フリガナ			
	住所	〒 -	都 道	府 県	
対象者	対象者	1. 被保険者(本人)のみ 2. 被扶養者(家族)のみ 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分			
	氏名	同上	生年月日	同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
	氏名		生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
	氏名		生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
	氏名		生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
理由欄	1 : 資格確認書を滅失・き損したため → 該当する方に○で囲んでください。(滅失・き損) ※滅失の場合は別途、資格確認書滅失届の提出が必要となります。き損の場合は資格確認書を添付してください 2 : マイナンバーカードを紛失したため 3 : マイナンバーカードの更新手続き中のため 4 : マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため 5 : マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため 6 : マイナンバーカードを作っていないため 7 : マイナンバーカードを返納したため 8 : マイナ保険証による受給には第三者(介助者など)のサポートが必要なため				
	事業主欄	上記のとおり健康保険会から交付の申請がありましたので提出します。 東京金属事業健康保険組合 交付印			
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄					

健康保険 資格確認書等 滅失届

被保険者情報	健康保険の 記号一番号	-	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日
	氏名	フリガナ			
対象者	氏名		生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日
	資格確認書等を 滅失したときの 状況				
令和 年 月 日 提出					
うえの冊書に記載したとおり、資格確認書等を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意します。 なお、この資格確認書等を発見したときは、ただちに返納いたします。					
被保険者住所			被保険者氏名		
備考			東京金属事業健康保険組合 交付印		
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄					

適用関係書類様式例 (9)

届書コード	1	0	4	送 信	健康保険 厚生年金保険	事業所関係変更(訂正)届(処理票)	所長	次長	課長	係長	係員
-------	---	---	---	--------	----------------	-------------------	----	----	----	----	----

① 事業所整理記号	② 事業所番号	④※ 業態区分	⑤※ 適用区分	⑥ 電話番号
.....	.....	.....	強制0. 任選1. 任単2. 国等の事務所 3. 法適用除(4を除く) 4. 外事業所	.....
⑩ 事業主又は代表者の氏名 (フリガナ)			の事業主又は代表者の住所	
.....			〒.....	
⑪ 事業主代理人の氏名 (フリガナ)			.....
.....			〒.....	

⑫※ 全喪原因	⑬ 昇給月	⑭ 賞与
解散1. 任選脱退認可4. 休業2. 認定全喪5. 合併3. その他7.	1回目 2回目 3回目 4回目 1回目 2目	.....
.....
⑯ 社会保険 労務士コード	⑰ 社会保険 委員名1 (フリガナ)	⑱ 健康 組名
.....
平成 年 月 日 提出	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話 () 局 番	

④記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
⑤※に印欄は記入しないでください。

届書コード	1	0	5	送 信	健康保険 厚生年金保険	適用事業所 所在地 名称 変更(訂正)届(管轄内)	所長	次長	課長	係長	係員
-------	---	---	---	--------	----------------	------------------------------------	----	----	----	----	----

変更前	① 事業所整理記号	② 事業所番号	③ 事業所名称	④ 事業所所在地
.....	〒.....
変更中	⑥ 変更年月日	⑦※ 事業所整理記号	⑧※ 事業所番号	⑨ 事業所名称
平成 年 月 日	.....	.....	.....	.....
変更後	⑩ 郵便番号	⑪ 事業所所在地	⑫※ 変更事由	.....
.....
平成 年 月 日 提出	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話 () 局 番			

④記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
⑤※に印欄は記入しないでください。

事業所所在地	〒.....
事業所名称	.....
事業主氏名	.....
電 話	() 局 番

交付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

各種届出用紙の原本提出について

政府が進める「規制改革実施計画」に基づき、押印を求める手続きの見直し等にかかる省令が公布され、適用届書及び保険給付申請書等への事業主及び被保険者等の押印が不要となりましたが、記入した届書等のコピー、PDF化したものの印刷による届け出は現時点では受理できません。各種届書、申請書の原本でのご提出をお願いいたします。

●例外として押印が必要な届書等

- 保険給付費等の受け取り代理にかかる「委任状欄」(*)
- 「口座振替(変更)依頼書」における「金融機関登録印」
- 健康管理事業にかかる事業主の「同意書」、「誓約書」 など

* 初回申請受付に限り必要(傷病手当金、高額療養費等、連続する申請の2回目以降、受任者が同一の場合は押印不要)。

マイナンバー（個人番号）について

○資格取得時（扶養認定時）の届出については個人番号の記載が必要です

- ・健康保険被保険者資格取得届
 - ・健康保険被扶養者（異動）届
（※削除申請時は不要）
- 個人番号を記入

※上の届出以外では記入しないでください。また、添付書類に個人番号の記載がある場合はマスキングしてください。

・マイナンバーカードと加入員情報との紐づけにより、医療機関等においてオンラインで健康保険の資格情報を確認する「オンライン資格確認」が導入されています。

●健康保険証の廃止について

- ・政令により、従来の健康保険証は令和6年12月2日をもって廃止されました。
- ・経過措置により、令和7年12月1日まで使用することができますが、お早めにマイナ保険証への切り替えをお願いします。

●マイナンバーカードの健康保険証としての利用

マイナンバーカードを作成し、政府が運営するオンラインサービス「マイナポータル」などから健康保険証利用の申し込みをすると、マイナンバーカードが【マイナ保険証】としてご利用いただけます。

◆マイナ保険証を利用するメリット◆

- ・医療費が高額になったとき、「限度額適用認定証」を提示しなくても、自己負担限度額までの支払いとなります。
- ・処方された薬の情報を医師・薬剤師と共有でき、重複投薬や禁忌薬剤投与のリスクが減少します。

●資格情報のお知らせ

加入者様の資格情報の登録が完了し、マイナ保険証での受診が可能となったこと、また保険給付の申請時などに用いる『記号・番号・枝番』をお知らせする通知です。

<p>交付対象者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・資格取得時、扶養認定時にマイナンバーを提出していただいた方に自動的に発行します。 ・氏名変更、高齢受給者の自己負担割合が変更となった際に発行します。 <p>※発行には、資格取得等の処理から3日前後かかります。 ※紛失、棄損された場合は、再交付の申請をお願いします。</p>	<p style="text-align: center;">資格情報のお知らせ</p> <p style="text-align: right;">(保険者名) (保険者番号)</p> <p>あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。 また、あなたの資格情報のデータ登録が完了しましたので、マイナ保険証により医療機関等の受診が可能となります。 なお、このお知らせのみでは医療機関等を受診することはできません。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>本人(被保険者)</td> <td>記号</td> <td>000</td> <td>番号</td> <td>00000000 (枝番) 00</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="4">佐藤 太郎</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="4">サトウ タロウ</td> </tr> <tr> <td>負担割合</td> <td>3割</td> <td>有効期日</td> <td colspan="2">令和〇年〇月〇日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>有効期限</td> <td colspan="2">令和〇年〇月〇日</td> </tr> <tr> <td>資格取得年月日</td> <td colspan="4">平成〇年〇月〇日</td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td colspan="4">令和〇年〇月〇日</td> </tr> </table> <p>スマートフォンをお持ちの方は、以下の二次元コードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご利用ください。</p> <p style="text-align: center;">- マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら -</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>マイナ保険証の読み取りができない等の例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます(スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます)。</p> <p style="text-align: right;">下記を印刷してご利用ください (この印刷のみでは受診できません)</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <p style="text-align: center;">資格情報のお知らせ</p> <p>本人(被保険者) 令和〇年〇月〇日交付</p> <p style="text-align: right;">(保険者名) (保険者番号)</p> <p>記号 000 番号 00000000 (枝番) 00</p> <p>氏名 佐藤 太郎</p> <p>負担割合 3割 有効期日 令和〇年〇月〇日</p> <p>有効期限 令和〇年〇月〇日</p> <p>資格取得年月日 平成〇年〇月〇日</p> <p style="text-align: right;">※受診の際にはマイナ保険証が必ず必要です</p> </div>	本人(被保険者)	記号	000	番号	00000000 (枝番) 00	氏名	佐藤 太郎				フリガナ	サトウ タロウ				負担割合	3割	有効期日	令和〇年〇月〇日				有効期限	令和〇年〇月〇日		資格取得年月日	平成〇年〇月〇日				交付年月日	令和〇年〇月〇日			
本人(被保険者)	記号		000	番号	00000000 (枝番) 00																																
氏名	佐藤 太郎																																				
フリガナ	サトウ タロウ																																				
負担割合	3割	有効期日	令和〇年〇月〇日																																		
		有効期限	令和〇年〇月〇日																																		
資格取得年月日	平成〇年〇月〇日																																				
交付年月日	令和〇年〇月〇日																																				
<p>使用方法</p>	<p>オンライン資格確認システム等のトラブルによりマイナ保険証の使用ができないとき、マイナンバーカードと共に提示</p> <p>※資格情報のお知らせのみでは医療機関等を受診できません。</p>																																				

切り取って
マイナンバーカード
とセットで
ご利用いただけます

●資格確認書

マイナ保険証の利用登録ができない状況の方などに申請または職権で発行されます。

<p>交付対象者</p>	<p>(1)申請により発行 次の①から⑥に該当する理由で、資格取得届等の資格確認書発行要否欄に☑チェックをされた方に交付します。 ①マイナンバーカードが紛失、更新で使用できないとき ②マイナンバーカードの期限切れ、返納等で使用できないとき ③マイナンバーカードの保険証利用登録をしていない（利用登録解除をされた）方 ④マイナンバーカードを作っていない方（海外居住によりマイナンバーの附番がされていない方を含む） ⑤マイナ保険証での受診に第三者の介助等が必要なとき ⑥資格確認書を紛失や破損したとき（再交付申請書と滅失届または破損した資格確認書を添えてください。</p> <p>(2)職権により発行 ⑦上記（1）②、③、④について当組合で確認したとき（月次で確認・発行） ⑧資格取得及び扶養認定時と同時にマイナンバーが届け出られないとき</p>
<p>使用方法</p>	<p>医療機関等に提示</p>

住民票住所の提出について

厚生労働省から発出された健康保険法施行規則の一部を改正する省令により、令和5年12月8日を施行日として、**資格取得届等の住所欄には住民票上の住所を記載**いただくことが義務付けられ、健康保険組合等の保険者はこれを把握することとされました。

※海外在住・赴任等により日本国内に住所がない場合は、住所欄に国名を記載してください。

※一時的な単身赴任などで居所が住民票住所と異なる場合は、「健康保険被保険者・被扶養者 居所登録届」を作成のうえご提出いただきます。

適用書類の電子申請について

●電子申請とは

- インターネットを利用して申請・届出をする方法です。
- インターネットを経由するため、いつでも手続きができます。
- 申請するために窓口に出向いたり郵送したりする必要が無いため、書面やCD・DVDで行う申請に比べて、コストが掛からないなどのメリットがあります。

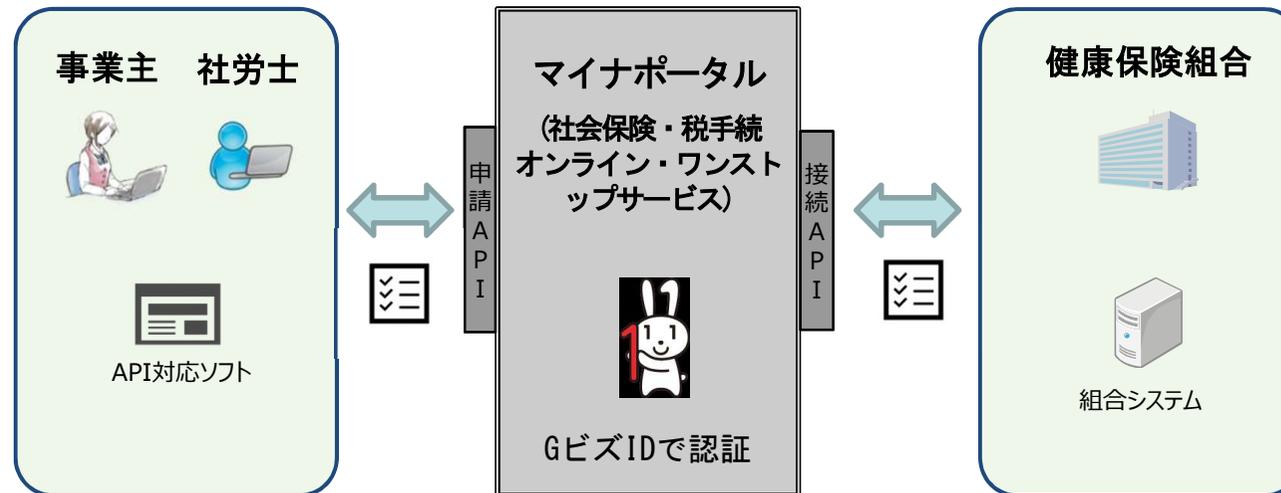
●当組合に電子申請できる届書

電子申請での届出は、事業所でお使いの人事・給与システムや日本年金機構の「届書作成プログラム」で作成した、「KPFD様式」の5届書について対応しています。

算定基礎届
賞与支払届
月額変更届
資格取得届
資格喪失届

・・・ **事業年度の資本金1億円超の事業所など（特定法人）は届出義務**

●電子申請環境の仕組み



◇事業主（又は代行する社会保険労務士）が電子申請するには、民間サービス事業者が提供するサービス（マイナポータルと連携する人事・給与システム）等が必要です。

◇電子申請する際は、資格情報確認により申請者の確認（認証）を行いますので、事前に法人共通認証基盤「GビズID」又は「利用可能な電子証明書」の取得をお願いします。

◇当組合には、マイナポータルを利用して届出が送信されます。

●申請方法

マイナポータルと連携する人事・給与システムから、作成した届書データ（KPF形式）及び人事・給与システムで作成したCSV形式届書総括表（xml形式）を添付して申請します。

賃金台帳、雇用契約書などの確認書類はPDF化のうえ、申請時に限り添付することができます。

※社会保険労務士を除く事業主以外の方が代理人として電子申請する場合、事前に「事業所関係変更届」を当組合にご提出いただく必要があります。

●決定通知書

電子申請を受理した当組合は、審査の後決定通知書（PDF）をマイナポータルにアップロードしますので、必ず確認・保存してください。



ご視聴ありがとうございました

【適用②】

東京金属事業健康保険組合 業務部