

加入者のための 協会けんぽ届出ガイド ～健康保険の給付と手続～ 令和5年1月変更 新様式対応版 訂正表

標記図書において誤りがありました。お詫びとともに下記の通り訂正します。

OP12 右段・下から12行目

誤→<参考1 高額療養費貸付制度>	正→<参考1 高額医療費貸付制度>
-------------------	-------------------

OP14 限度額適用・標準負担額減額認定申請書内「情報照会」欄の被保険者郵便番号の記載例

誤	正
1 0 5 0 0 0 0	1 7 3 0 0 0 0

OP16 高額療養費支給申請書内「情報照会」欄の被保険者郵便番号の記載例

誤	正
1 0 5 0 0 0 0	1 0 0 0 0 0 0

OP34 出産手当金支給申請書の2・3ページの記載例について、正しくは以下の通り。

健康保険 出産手当金 支給申請書		1 2 3 ページ																
被保険者・医師・助産師記入用																		
被保険者氏名 健保 花子																		
<table border="1"> <tr> <td>① 申請期間 (出産のために休んだ期間)</td> <td>令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="03"/> 月 <input type="text" value="11"/> 日 から 令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="06"/> 月 <input type="text" value="17"/> 日</td> </tr> <tr> <td>② 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、出産後の申請ですか。</td> <td><input checked="" type="text" value="2"/> 1. 出産前 2. 出産後</td> </tr> <tr> <td>③-1 出産予定日</td> <td>令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月 <input type="text" value="21"/> 日</td> </tr> <tr> <td>③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合はご記入ください。)</td> <td>令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月 <input type="text" value="22"/> 日</td> </tr> <tr> <td>④-1 出生児数</td> <td><input checked="" type="text" value="1"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。</td> </tr> <tr> <td>④-2 死産児数</td> <td><input type="text" value=""/> 人</td> </tr> <tr> <td>⑤-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。</td> <td><input checked="" type="text" value="1"/> 1. はい → ⑤-2へ 2. いいえ</td> </tr> <tr> <td>⑤-2 受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のおおげですか。</td> <td><input checked="" type="text" value="1"/> 1. はい → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。 2. いいえ</td> </tr> </table>			① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="03"/> 月 <input type="text" value="11"/> 日 から 令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="06"/> 月 <input type="text" value="17"/> 日	② 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、出産後の申請ですか。	<input checked="" type="text" value="2"/> 1. 出産前 2. 出産後	③-1 出産予定日	令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月 <input type="text" value="21"/> 日	③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合はご記入ください。)	令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月 <input type="text" value="22"/> 日	④-1 出生児数	<input checked="" type="text" value="1"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。	④-2 死産児数	<input type="text" value=""/> 人	⑤-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input checked="" type="text" value="1"/> 1. はい → ⑤-2へ 2. いいえ	⑤-2 受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のおおげですか。	<input checked="" type="text" value="1"/> 1. はい → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。 2. いいえ
① 申請期間 (出産のために休んだ期間)	令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="03"/> 月 <input type="text" value="11"/> 日 から 令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="06"/> 月 <input type="text" value="17"/> 日																	
② 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、出産後の申請ですか。	<input checked="" type="text" value="2"/> 1. 出産前 2. 出産後																	
③-1 出産予定日	令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月 <input type="text" value="21"/> 日																	
③-2 出産年月日 (出産後の申請の場合はご記入ください。)	令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月 <input type="text" value="22"/> 日																	
④-1 出生児数	<input checked="" type="text" value="1"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。																	
④-2 死産児数	<input type="text" value=""/> 人																	
⑤-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input checked="" type="text" value="1"/> 1. はい → ⑤-2へ 2. いいえ																	
⑤-2 受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のおおげですか。	<input checked="" type="text" value="1"/> 1. はい → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。 2. いいえ																	
<table border="1"> <tr> <td>出産者氏名 (カタカナ)</td> <td>ケンポ^o ハナコ</td> </tr> <tr> <td>出産予定日</td> <td>令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月 <input type="text" value="21"/> 日</td> </tr> <tr> <td>出産年月日</td> <td>令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月 <input type="text" value="22"/> 日</td> </tr> <tr> <td>出生児数</td> <td><input checked="" type="text" value="1"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。</td> </tr> <tr> <td>死産児数</td> <td><input type="text" value=""/> 人</td> </tr> <tr> <td>死産の場合の妊娠日数</td> <td><input type="text" value=""/> 日</td> </tr> <tr> <td>医師・助産師による証明</td> <td>上記のとおり相違ないことを証明します。 医療施設の所在地 東京都〇〇区△△〇-〇-〇 令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="05"/> 月 <input type="text" value="15"/> 日 医療施設の名称 〇〇〇〇病院 医師・助産師の氏名 〇〇〇〇 電話番号 03-XXXX-XXXX</td> </tr> </table>			出産者氏名 (カタカナ)	ケンポ^o ハナコ	出産予定日	令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月 <input type="text" value="21"/> 日	出産年月日	令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月 <input type="text" value="22"/> 日	出生児数	<input checked="" type="text" value="1"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。	死産児数	<input type="text" value=""/> 人	死産の場合の妊娠日数	<input type="text" value=""/> 日	医師・助産師による証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 医療施設の所在地 東京都〇〇区△△〇-〇-〇 令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="05"/> 月 <input type="text" value="15"/> 日 医療施設の名称 〇〇〇〇病院 医師・助産師の氏名 〇〇〇〇 電話番号 03-XXXX-XXXX		
出産者氏名 (カタカナ)	ケンポ^o ハナコ																	
出産予定日	令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月 <input type="text" value="21"/> 日																	
出産年月日	令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月 <input type="text" value="22"/> 日																	
出生児数	<input checked="" type="text" value="1"/> 人 出産前の申請の場合、予定の出生児数をご記入ください。																	
死産児数	<input type="text" value=""/> 人																	
死産の場合の妊娠日数	<input type="text" value=""/> 日																	
医師・助産師による証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 医療施設の所在地 東京都〇〇区△△〇-〇-〇 令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="05"/> 月 <input type="text" value="15"/> 日 医療施設の名称 〇〇〇〇病院 医師・助産師の氏名 〇〇〇〇 電話番号 03-XXXX-XXXX																	

健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ)		ケンホ° ハナコ																		
<small>姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(´)は1字としてご記入ください。</small>																				
勤務状況 2ページの申請期間のうち、出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。																				
令和	○○	年	03	月	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	
					16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和	○○	年	04	月	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	
					16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和	○○	年	05	月	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	
					16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和	○○	年	06	月	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	
					16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和	□□	年	□□	月	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	
					16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<small>2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【○】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。 <small>※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等現物支給しているもの等</small> </small>																				
例	05	年	02	月	01	日	から	05	年	02	月	28	日	3000000	円					
①	△△	年	10	月	01	日	から	○○	年	03	月	31	日	50000	円					
②	○○	年	03	月	01	日	から	○○	年	03	月	31	日	10000	円					
③	○○	年	03	月	11	日	から	○○	年	03	月	11	日	8000	円					
④	○○	年	03	月	14	日	から	○○	年	03	月	15	日	16000	円					
⑤	□□	年	□□	月	□□	日	から	□□	年	□□	月	□□	日	□□□□□□	円					
⑥	□□	年	□□	月	□□	日	から	□□	年	□□	月	□□	日	□□□□□□	円					
⑦	□□	年	□□	月	□□	日	から	□□	年	□□	月	□□	日	□□□□□□	円					
⑧	□□	年	□□	月	□□	日	から	□□	年	□□	月	□□	日	□□□□□□	円					
⑨	□□	年	□□	月	□□	日	から	□□	年	□□	月	□□	日	□□□□□□	円					
⑩	□□	年	□□	月	□□	日	から	□□	年	□□	月	□□	日	□□□□□□	円					
上記のとおり相違ないことを証明します。																				
事業所所在地	東京都△△区××○-○-○											令和	○○	年	07	月	10	日		
事業所名称	(株)協会産業																			
事業主氏名	○○○○																			
電話番号	03-××××-××××																			

事業主が証明のしるし