

○厚生労働省令第五十六号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第二百二十六条第四項、第百九十七条及び第二百七条、船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）第四百十五条第二項及び第百五十五条、厚生年金保険法（昭和二十九年法律第百十五号）第九十八条第一項、国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）第九条第十五項及び第百二十条、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第五十四条第十一項及び第百六十六条、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第十二条第六項、第五十一条の三第九項及び第二百四条、健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）附則第三百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第二十六条の規定による改正前の介護保険法第十二条第六項、第五十一条の三第九項及び第二百四条並びに介護保険法施行令（平成十年政令第四百十二号）第二十二条の二の二第十三項、第二十二条の三第十項及び第二十九条の二の二第十三項、健康保険法等の一部を改正する法律附則第三百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法施行令第二十二条の二の二第十三項及び第二十二條の三第十項の規定に基づき、健康保険法施行規則等の一部を改正する省令を次のように定める。

令和四年三月三十一日

厚生労働大臣 後藤 茂之

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令

(健康保険法施行規則の一部改正)

第一条 健康保険法施行規則(大正十五年内務省令第三十六号)の一部を次のように改正する。
次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(被保険者証の再交付) 第四十九条 被保険者は、被保険者証を破り、汚し、又は失ったときは、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出して、その再交付を申請しなければならない。</p> <p>一 (略) 二 氏名及び生年月日 三 (略) 2 6 (略)</p>	<p>(被保険者証の再交付) 第四十九条 被保険者は、被保険者証を破り、汚し、又は失ったときは、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出して、その再交付を申請しなければならない。</p> <p>一 (略) 二 氏名、性別及び生年月日 三 (略) 2 6 (略)</p>

様式第七号を次のように改める。



様式コード			
2	2	0	7
届書コード			
2	0	7	届書

健康保険 被保険者氏名変更届
厚生年金保険

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 個人番号(又は基礎年金番号)	④ 生年月日		送 信
			明. 1 3 5 7 9 大. 3 5 7 9 平. 7 9 令.	年 月 日	
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)	(氏)	(名)	⑥ 健康保険被 保険者証不要	※	送 信
	(フリガナ)		要 0 不要 1		備 考
		変更前の氏名			

令和 年 月 日 提出

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 _____ (局) 番
---------------------------------	--

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

社会保険労務士記載欄	氏名等
------------	-----

【記入の方法】

1. ③は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。

2. ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

「	明	1	年	月	日	」
	大	3				
	昭	5				
	平	7	3	2	0	2
	令	9				0
						7

のように記入してください。

3. ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。

4. ⑥は、被保険者整理番号又は年金手帳の基礎年金番号の通知をまだ受けていないときは、その旨を記入してください。

5. 本手続は電子申請による届出も可能です。

なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができます。本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

様式第十号(1)及び(2)を次のように改める。



注意事項

1. 事業主からこの証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
2. 保険医療機関等から診療を受けようとするときには、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を被保険者証に添えて渡してください。
3. 被保険者の資格が無くなったとき、被扶養者でなくなったとき又は有効期限に達したときは、5日以内にこの証を事業主に返してください。ただし、任意継続被保険者の場合は保険者に返してください。
4. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
5. この証の記載事項に変更があった場合には、被保険者証にこの証を添えて、すぐに事業主を経由して保険者に差し出して訂正を受けてください。ただし、任意継続被保険者の場合は事業主を経由することを要しません。

備考

1. この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
2. この証は、対象者ごとにこれを作製すること。
3. 対象者が被保険者であるときは、表面の「対象者」の欄の「氏名」欄に本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
4. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

健康保険高齢受給者証			
記号		番号	令和 年 月 日交付 (枝番)
被保険者	氏名	生年月日	年 月 日
	氏名	生年月日	年 月 日
対象者	氏名	生年月日	年 月 日
	住所	生年月日	年 月 日
発効	年月日	令和 年 月 日	
有効	期限	令和 年 月 日	
一部負担金の割合	所在地		
	負担割合		
保険者	所在地		
	保険番号及び 保険者名称印		

様式第十号(2)(第五十二条関係)

(表面)

健康保険 高齢受給者証		令和 年 月 日交付	
記号	番号	(枝番)	
氏名	被保険者氏名		
生 年 月 日		年 月 日	
発 効 年 月 日		年 月 日	
有 効 期 限		年 月 日	
一部負担金の割合			
保険者所在地			
保険者番号			
保険者名称			
印			

(裏面)

注 意 事 項	
<p>1. この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保管してください。</p> <p>2. 保険医療機関等から診療を受けようとするときには、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を被保険者証に添えて渡してください。</p> <p>3. 被保険者の資格が無くなったとき、被扶養者でなくなったとき又は有効期限に達したときは、5日以内にこの証を事業主に返してください。ただし、任意継続被保険者の場合は保険者に返してください。</p> <p>4. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。</p> <p>5. 証の記載事項に変更があった場合には、被保険者証にこの証を添えて、すぐに事業主を経由して保険者に差し出して訂正を受けてください。ただし、任意継続被保険者の場合は事業主を経由することを要しません。</p>	
住所	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;">.....</div>
備考	

- 備考
1. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
 2. 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
 3. 被保険者については、表面の「被保険者氏名」欄に本人と記載することとする。
 4. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
 5. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第十三号から様式第十五号の二までを次のように改める。



<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">健康保険特定疾病療養受療証</div>			
令和 年 月 日交付			
認定疾病名			
受 診 者	氏 名 及 び 生 年 月 日	昭 平 令 年 月 日生	
	住 所		
被 保 険 者	記 号	番 号	(枝 番)
	氏 名 及 び 生 年 月 日	昭 平 令 年 月 日生	
自己負担限度額			
発 効 期 日		令和 年 月 日から有効	
保 険 者 名 及 び 印			

(裏面)

注意事項

- 一 この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
- 二 この証によって認定疾病に係る保険診療を受ける場合は、窓口で支払う一部負担金等の額は、保険医療機関等又は保険薬局等ごとに一カ月に表面に記載された自己負担限度額を最高限度とします。
ただし、入院した場合には、食事療養又は生活療養に要する費用について、別途定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を求めるとなります。
- 三 保険医療機関等又は保険薬局等について認定疾病に係る保険診療を受けようとする場合において、被保険者証を提出することにより被保険者又は被扶養者であることの確認を受ける場合には、この証を被保険者証に添えてその窓口で渡してください。
- 四 被保険者の資格がなくなったり又は被扶養者でなくなったりときは、五日以内にこの証を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
- 五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 六 表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

備考

- 一 この証の大きさは、縦一二七ミリメートル横九一ミリメートルとする。
- 二 この証は、受診者一人ごとにこれを作製すること。
- 三 受診者が被保険者であるときは、表面の「受診者」の欄の「氏名及び生年月日」欄に被保険者本人と記載し、受診者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
- 四 「発効期日」欄には、この証が有効となる年月日を記載すること。
- 五 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

健康保険限度額適用認定証			
令和 年 月 日交付			
被 保 険 者	記 号	番 号	(枝番)
	氏 名		
適 用 対 象 者	生 年 月 日	昭和・平成・令和	年 月 日
	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成・令和	年 月 日
発 効 年 月 日	有 効 期 限		
		令和	年 月 日
適 用 区 分			
保 険 者	所 在 地		
	保 険 者 番 号 及 び 保 険 者 名 称 印		

(裏面)

注意事項

- この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
 - この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
 - 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を被保険者証に添えて渡ししてください。
 - 被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限に達したときは、5日以内にこの証を被保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
 - 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
 - 表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を被保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
- 備考
- この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
 - この証は、対象者ごとにこれを作製すること。
 - 対象者が被保険者であるときは、表面の「適用対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
 - 適用区分欄には、適用対象者が健康保険法施行令第42条第1項第2号又は第2項第2号に掲げる者である場合は「ア」と、同条第1項第3号又は第2項第1号に掲げる者である場合は「イ」と、同条第1項第1号又は第2項第4号に掲げる者である場合は「エ」と、同条第3項第4号又は第4項第4号に掲げる者である場合は「現役並みⅠ」と、同条第3項第3号又は第4項第3号に掲げる者である場合は「現役並みⅡ」と記載すること。
 - 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

(裏面)

注意事項

1. この証の交付を受けたときには、すばに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
2. この証によって療養を受ける場合は、次のとおり一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われず。
 - (1) 療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
 - (2) 入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける場合に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額とします。
3. 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者については療養を受けるときには、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を被保険者証に添えて渡してください。
4. 被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限に達したときは、5日以内はこの証を被保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
5. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
6. 表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を被保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

備考

1. この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
2. この証は、対象者ごとにこれを作製すること。
3. 対象者が被保険者であるときは、表面の「適用・減額対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれこの欄に該当事項を記載すること。
4. 適用区分欄には、適用対象者が健康保険法施行令第42条第1項第5号又は第2項第5号に掲げる者である場合は「オ」と、同条第3項第6号に掲げる者である場合は「I」と、同項第5号に掲げる者である場合は「II」と記載すること。
5. 健康保険法施行規則第62条の3第6号に掲げる者である場合は、適用区分欄に、4記載の適用区分「オ」又は「I」に加え、「(境)」と記載すること。
6. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証				令和 年 月 日交付	
被 保 険 者	記 号	番 号	(枝番)		
	氏 名				
適 用 ・ 減 額 対 象 者	生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和	年	月	日
	氏 名				
	生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和	年	月	日
発効年月日		令 和	年	月	日
有効期限		令 和	年	月	日
適用区分					
長期入院 該当		令 和	年	月	日
所在地					
保 険 者		保 険 者 番 号 及 び 印 称		保 険 者 印	

記号及び番号	
--------	--

健康保険被保険者手帳

令和 年 月 日交付

氏名	明・大・昭・平・令		
生年月日	年	月	日
住所			
居所			
交付機関名	印		

月分印紙はり付け欄

1日	2日	3日	4日
印	印	印	印
5日	6日	7日	8日
印	印	印	印
9日	10日	11日	12日
印	印	印	印
13日	14日	15日	16日
印	印	印	印

(1ページから十三ページまでの奇数のページ)

17日	18日	19日	20日
印	印	印	印
21日	22日	23日	24日
印	印	印	印
25日	26日	27日	28日
印	印	印	印
29日	30日	31日	はり付け枚数
印	印	印	級 級 級 級 級 枚 枚 枚 枚 枚 計
			取扱者 印

(1ページから二十四ページまでの偶数のページ)

(被保険者の方へ)

- 健康保険が適用されている事業所に使用される日ごとに、かならず、この手帳を事業主に提出して、健康保険印紙のはり付けを受けてください。(提出しないときは、30万円以下の罰金に処せられます。)
- この手帳では医療機関で受診することはできません。
- この手帳は、受給資格者票にて確認を受けるために必要ですから大切にしてください。

(事業主の方へ)

- 健康保険法第3条第2項の規定による被保険者を使用する日ごとに、かならず、この手帳を提出させなければなりません。これに違反したときは、6月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処せられます。
- 健康保険法第3条第2項の規定による被保険者を使用する日ごとに、次の区分により、支払う賃金に応じた等級の印紙をはり付けて消印してください。
(等級) (賃金日額)

1	3,500円以上	3,500円未満
2	5,000円以上	5,000円未満
3	6,500円以上	6,500円未満
4	8,000円以上	8,000円未満
5	9,500円以上	9,500円未満
6	12,000円以上	12,000円未満
7	14,500円以上	14,500円未満
8	17,000円以上	17,000円未満
9	19,500円以上	19,500円未満
10	23,000円以上	23,000円未満
11	23,000円以上	

- 印紙をはり付ける場合には、左ページの摘要欄により、介護保険第2号被保険者該当・非該当の別を確認してください。
- 消印は、あらかじめ年金事務所に届け出た印ではつきりと割印してください。

(二十五ページ)

前6月分はり付け印紙枚数

年 月	級 枚数	級 枚数	級 枚数	級 枚数	級 枚数	計 枚数	区分		取扱者 印
							該当	非該当	

(二十六ページ)

備考

- この用紙は、A列6番とすること。
- 表紙の左端をどじこみとすること。
- (事業主の方へ)又は(被保険者の方へ)を省略することができる。



記号及び番号	
--------	--

健康保険被保険者手帳

令和 年 月 日交付

氏名	明・大昭・平・令		
生年月日	年	月	日
住所			
居所			
交付機関名	[印]		

月分印紙はり付け欄

1日	2日	3日	4日
印	印	印	印
5日	6日	7日	8日
印	印	印	印
9日	10日	11日	12日
印	印	印	印
13日	14日	15日	16日
印	印	印	印

介護保険 第2号 被保険者

(1ページから十三ページまでの奇数のページ)

17日	18日	19日	20日
印	印	印	印
21日	22日	23日	24日
印	印	印	印
25日	26日	27日	28日
印	印	印	印
29日	30日	31日	はり付け枚数
印	印	印	枚
			級 級 級 級 級
			計
			取扱者 [印]

介護保険 第2号 被保険者

(1ページから十四ページまでの偶数のページ)

(被保険者の方へ)

- 健康保険が適用されている事業所に使用される日ごとに、かならず、この手帳を事業主に提出して、(健康保険印紙のはり付けを受けてください。(提出しないときは、30万円以下の罰金に処せられます。))
- この手帳では医療機関で受診することはできません。
- この手帳は、受給資格者票に確認を受けるために必要ですから大切にしてください。

(事業主の方へ)

- 健康保険法第3条第2項の規定による被保険者を使用する日ごとに、かならず、この手帳を提出させなければなりません。これに違反したときは、6月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処せられます。
- 健康保険法第3条第2項の規定による被保険者を使用する日ごとに、次の区分により、支払う賃金に占めた等級の印紙をはり付けて消印してください。

(等級)	(賃金日額)
1	3,500円未満
2	5,000円未満
3	6,500円未満
4	8,000円未満
5	9,500円未満
6	12,000円未満
7	14,500円未満
8	17,000円未満
9	19,500円未満
10	23,000円未満
11	23,000円以上

- 印紙をはり付ける場合には、左ページの摘要欄により、介護保険第2号被保険者該当・非該当の確認してください。
- 消印は、あらかじめ年金事務所へ届け出た印ではっきりと割印してください。

年 月	級 枚数	級 枚数	級 枚数	級 枚数	級 枚数	前6月分はり付け印紙枚数		計 枚数
						摘 要	区分	
						該当		
						非該当		
						：		
						：		
						：		
						：		

- 備考
- この用紙は、A列6番とすること。
 - 表紙の左端をとしこみとすること。
 - 別途被保険者等に周知することにより、(事業主の方へ)又は(被保険者の方へ)を省略することができる。

(船員保険法施行規則の一部改正)

第二条 船員保険法施行規則(昭和十五年厚生省令第五号)の一部を次のように改正する。

次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(被保険者証の再交付) 第三十七条 被保険者は、被保険者証を破り、汚し、又は失ったときは、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した申請書を協会に提出して、その再交付を申請しなければならない。</p> <p>一 (略) 二 氏名及び生年月日 三 (略) 2 6 (略)</p>	<p>(被保険者証の再交付) 第三十七条 被保険者は、被保険者証を破り、汚し、又は失ったときは、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した申請書を協会に提出して、その再交付を申請しなければならない。</p> <p>一 (略) 二 氏名、性別及び生年月日 三 (略) 2 6 (略)</p>