

任意継続被保険者ガイド

任意継続保険加入中は絶対なくさないでください



マイナンバーカードに健康保険証を紐付けいただき、マイナ保険証として利用いただくことで、以下のメリットがございます。

- ・医療機関を受診した際に、自身のお薬の履歴や過去の特定健診の情報等の提供に同意すると、医師等からより多くの情報に基づいた総合的な診断や重複投薬を回避した適切な処方を受けることができます。
- ・医療機関等で高額な医療費が発生する場合、限度額適用認定証がなくても、限度額を超える医療費の支払いが免除されます。
- ・マイナポータルから保険医療を受けた記録が参照できるため、確定申告等の際、領収証を提出する必要がなく、医療費控除申請の手続きが行えます。

エヌ・ティ・ティ健康保険組合

目次

【制度・手続き】

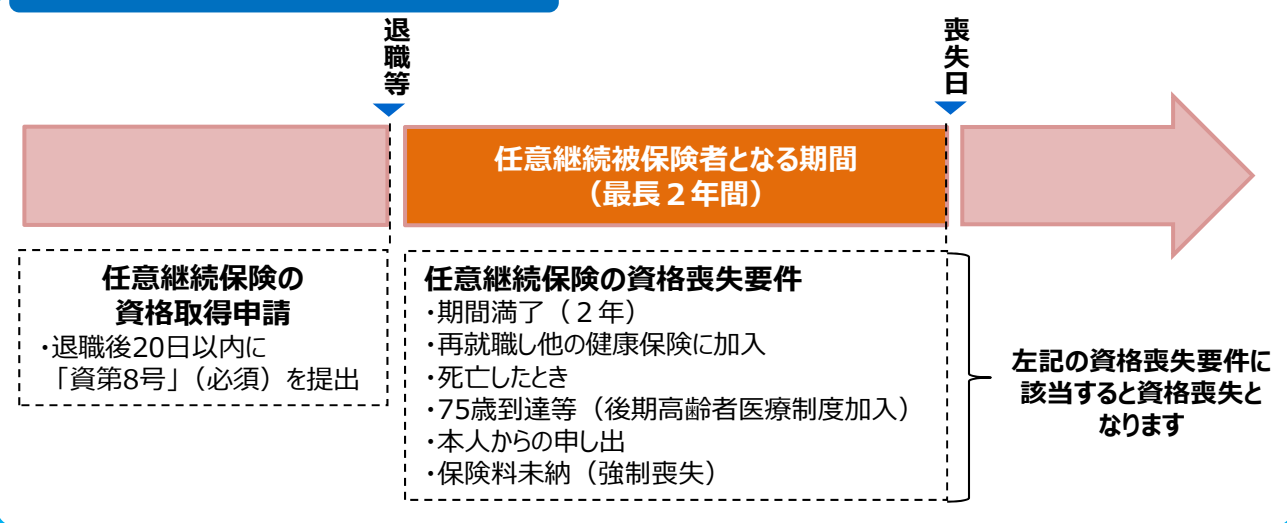
■ 任意継続被保険者制度について	… P.1
1. 任意継続被保険者の資格期間	
2. 資格取得要件	
3. 在職時加入の被保険者との違い	
■ マイナ保険証と資格確認書について	… P.2
1. 資格確認書の交付	
2. 資格確認書の返却	
3. 限度額認定証・特定疾病受領証について	
■ 保険資格等の申請・変更について	… P.3
1. 届出内容等の変更に関する各種届出について	
2. マイナンバーカードの保険者証利用について	
■ 保険料について	… P.4
1. 保険料の算定方法	
2. 保険料の納付	
3. 介護保険料について（40歳以上の方）	
■ 保険料納付に関する手続き	… P.6
1. 保険料納付方法と日程	
2. 保険料の納付単位の変更	
3. 口座振替（引落し）の停止について	
4. 未経過保険料の返還について	
5. 任意継続保険料の社会保険料控除について	
■ 保険の給付について	… P.8
1. 保険の給付と内容	
2. ドックと特定健診の受診パターン・費用	
3. 医療費助成について	
4. 交通事故等によるケガについて	
■ 資格の喪失について	… P.10
1. 資格喪失のフロー	
2. 資格喪失手続きの時期と提出書類について	
3. 国民健康保険への加入（移行）について	
■ 扶養に関する手続き	… P.12
1. 被扶養者とは	
2. 被扶養者の認定要件	
3. 被扶養者の取消要件	
4. 認定・取消に関する手続き	
■ 目次【届出・申請書様式】	… P.14
■ 届出・申請書様式	
■ お問い合わせ先・ホームページ等のご案内他	… 裏表紙

任意継続被保険者制度について

任意継続被保険者制度とは、退職等するときに加入していた健康保険(加入期間継続して2か月以上)を、ご本人の希望により被保険者**資格を喪失した日から20日以内に届出をすることで、継続加入（最長2年間）**できる制度です。加入期間の保険料は全額被保険者本人が負担し、保険料納付の義務を負うことになります。

なお、資格喪失要件に該当した場合は、その日を以て資格喪失となります。資格喪失要件に該当しない限り喪失はできません。

1. 任意継続被保険者の資格期間



2. 資格取得要件

- 資格喪失日の前日(退職日)までに継続して2か月以上の被保険者期間があること
- 資格喪失日から20日以内に、「任意継続被保険者資格取得申請書」を提出すること

3. 在職時加入の被保険者との違い

		在職時	任意継続保険
保険料負担		会社と被保険者でほぼ折半(会社負担が若干多い)	会社負担はなく、 全額自己負担 (納付にかかる手数料もご本人負担となります)
保険料の納付		給与から控除され会社から健康保険組合に納付	被保険者本人が健康保険組合に納付
被保険者期間		退職等により資格喪失するまで	任意継続保険資格取得日から最長2年(資格喪失日の前日まで)
保険の給付	傷病手当金	給付有	加入後に発生する新たな給付は無 (退職日以前から給付を受けている、または受給要件を満たしている場合は有)
	出産手当金		

「マイナ保険証」と「資格確認書」について

マイナンバーカードの健康保険証利用登録済の方は、改めてお手続きすることなく「マイナ保険証」を提示することで保険適用による受診が可能です。

マイナンバーカードをお持ちでない方、マイナ保険証の利用登録、利用解除された方につきましては、「資格確認書」を提示することで、保険適用による受診が可能です。

※現役時の「被保険者証」は使用できません。お持ちの方はご退職された事業所へ速やかに返却してください。

	マイナ保険証利用登録済み	マイナ保険証利用未登録
受診に必要なもの	<p>・マイナ保険証 (マイナンバーカードリーダーがない場合は マイナ保険証+資格情報のお知らせ)</p> 	<p>・資格確認書</p> 

1. 資格確認書の交付

資格確認書は以下の場合に交付されます。

- ①マイナ保険証を持っていない方、マイナ保険証の利用登録がない方及び、利用解除の申請をされた方
 - ②マイナ保険証を紛失や盗難により、再交付申請している方
 - ③マイナ保険証の利用登録はしているが、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある方
- ※再交付の申請では、通常 1 週間程度で交付（年度末は多少時間がかかります）。
必要な方で交付されない（届かない）場合は任継フリーダイヤルまでご連絡ください。

2. 資格確認書の返却

資格確認書を交付されている方で、資格確認書記載の有効期限内に資格を喪失したときは、資格確認書を返却してください。

資格喪失日以降に、エヌ・ティ・ティ健康保険組合の資格確認書を誤って使用した場合、医療費のうち窓口でお支払頂いた額を除いた金額（健康保険組合負担分）を返還いただくこととなります。受診内容（ドック・特定健診も含む）によっては非常に高額となる場合がありますので、資格喪失日以降は、資格確認書を使用されることのないよう、ご留意願います。

なお、資格確認書記載の有効期限以降に資格喪失された場合は、資格確認書の返却は不要です。ご自身で適切に廃棄してください。

3. 限度額認定証・特定疾病受領証について

マイナ保険証を使用されている方は限度額適用の標準報酬情報も連携されますので、限度額認定証をお持ちでなくても、限度額を超える医療費の支払いは免除されますので、交付の必要はありません。

現役時に発行された限度額適用認定証・特定疾病受領証は使用できませんので、お持ちの方は速やかに返納してください。また、新たに証の交付が必要な方は申請書をご提出ください。

証種別	申請書番号	返却及び申請提出先（P14）
●限度額適用認定証	資第45号	N T T クラルティ株式会社
■限度額適用・標準負担額減額認定証（非課税者）	資第33号	エヌ・ティ・ティ健康保険組合 資格担当
●特定疾病療養受領証	資第32号	N T T クラルティ株式会社

保険資格等の申請・変更について

1. 届出内容等の変更に関する各種届出について

- ・以下の事実が発生した場合は、必要な手続きを行ってください。
- ・本ガイドにない様式（★印の様式）については、健保ＨＰ掲載の様式を印刷するか送付をご依頼ください。
なお、返信用封筒はお付けできません。

資格確認書をなくした、
または汚損した

速やかに



自宅以外での紛失、盗難の場合は警察に届け出てください。
「再交付申請書【資第27号】」（P.29）を提出。
再発行には最低でも10日程要します。盗難、紛失には十分ご注意ください。

本人・被扶養者の住所が
変わった

速やかに



・「任意継続被保険者住所変更届【資第10号】」（P.17）を提出。
※資格確認書をお持ちの方は資格確認書裏面の住所も訂正してください。

被保険者の氏名や
被扶養者の氏名に
変更訂正があったとき

速やかに



・被保険者本人：「氏名変更（改氏名）生年月日訂正届兼給付金等
振込口座変更依頼書【資第14号】」★を提出。
・被扶養者：「被扶養者（異動）届【資第20号】」（P.23）を提出。

被保険者の生年月日や
被扶養者の生年月日に
変更訂正があったとき

速やかに



・被保険者本人：「氏名変更（改氏名）生年月日訂正届兼給付金等
振込口座変更依頼書【資第14号】」★を提出。
・被扶養者：「被扶養者（異動）届【資第20号】」（P.23）を提出。

扶養家族を追加したい
扶養家族から取消したい

30日以内



・「被扶養者（異動）届【資第20号】」（P.23）及び必要な書類を提出。
・喪失の場合は該当者の資格確認書を【資第20号】とともに返却。

被保険者の資格を喪失
したとき

速やかに



資格確認書をお持ちの方は資格喪失日以降使用せず、N T T 健康保険組合に返却してください。**資格喪失後に使用した場合は、かかった医療費は全額自己負担となります。（使用した月の約4か月後に請求書を送付）**
新たに就職し就職先で健康保険の資格を取得した日は、N T T 健康保険組合の資格喪失日となりますので、この日以降は使用しないでください。

2. マイナンバーカードの保険者証利用について

マイナンバーカードの健康保険利用登録を行うと、マイナ保険証として提示し医療機関で受診できます。
一度登録すると、加入健康保険組合の変更による再登録の必要はありません。

また、**医療費が高額になった際、窓口負担額を抑える限度額認定証も原則不要**となります。

利用登録は以下のサイトから可能です。

<https://web.hir.myna.go.jp/Accept/application>

マイナンバーカードを
なくした汚損した

速やかに



自宅以外での紛失、盗難の場合は警察に届け出てください。
マイナンバーカードが再交付されるまでに、医療機関受診により資格確認書が必要な方は、「資格確認書交付申請書【資第29号】」★（健保ＨＰから取り出しまたは送付をご依頼ください）を提出。

保険料について

1. 保険料の算定方法

【1】保険料の算定

任意継続の保険料（月額）は「標準報酬月額」×「保険料率」で算定されます。

【2】標準報酬月額・・・以下のうち、いずれか低い額が適用されます。

- ・退職時の標準報酬月額
- ・前年度9月末時点のN T T 健康保険組合全被保険者の標準報酬月額の平均額

【3】保険料率

「健康保険料」及び「介護保険料」の料率は、健康保険組合ホームページにてご確認ください。

在職時は本人と会社でほぼ折半での負担ですが、**任意継続保険は全額本人負担**となります。

※保険料率は原則年度毎に改定されます。

※介護保険料の詳細は次頁を参照してください。

【4】保険料の見直し

標準報酬月額平均額の改定又は保険料率の改定がない限り、2年間固定となりますが、期間の途中で介護保険被保険者第2号資格を取得または喪失（40歳になる方、65歳になる方）される方は該当月以降の請求額が変わります。

※任意継続保険料につきましては在職時同様、被扶養者がいてもいなくても保険料は変わりません。

【参考】国民健康保険料の算定方法

国民健康保険料は、基本的に前年（1月～12月）の収入、世帯の状況により、年度（4月～3月）毎に保険料が算定されますが、市区町村により料率も違うため、詳しくはお住まいの市区町村役所にてご確認ください。

2. 保険料の納付

保険料の納付単位は、毎月払いと前納（半年払い・前納1年払い）があり、毎月払いの方は、原則、口座振替で納付いただきますが、口座振替が開始されるまでは振込依頼書により納付いただきます。

納付単位は変更可能ですが申請時期に制限があります。それぞれの特徴は下記のとおりです。

納付にかかる手数料は本人負担となります。

	毎月納付	前納（半年払い・1年払い）
メリット	・納付金額が平準化されます	・ 保険料が割引 になります（年4%複利原価法による） ・毎月納付の手間がなくなります ・振込または口座振替の手数料負担が少ない
デメリット	・振込または口座振替手数料を毎月負担する ・振込の場合毎月振込手続きが必要となる	・1回の納付額が高額となります

※納付忘れにより納付期限までのお振込みがされなかった場合、保険料未納として資格喪失となりますので、**保険料納付は原則「口座振替」といたします。**

※**口座振替手続きが完了するまで（2～3か月程度）は振込により納付いただきます。**

保険料について

3. 介護保険料について（40歳以上の方）

介護保険とは40歳以上の方全員が被保険者（保険加入者）となり保険料を負担し、利用者が費用の1～2割を負担し、残りの費用を介護保険料等により負担することで、訪問介護や、特別養護老人ホームへの入所など介護サービスを利用する仕組みです。

- ・40歳～64歳の方：介護保険第2号被保険者となり、加入している健康保険組合に介護保険料を納付。
- ・65歳以上の方：介護保険第1号被保険者となり、お住まいの市区町村に介護保険料を納付。

■ 介護保険料の負担と納付先

被保険者		被保険者		
被扶養者		40歳未満	40歳～64歳	65歳以上
被扶養者	40歳未満	本人・被扶養者とも負担なし	N T T 健保に納付 負担なし	市区町村に納付 負担なし
	40歳～64歳	本人・被扶養者とも負担なし	N T T 健保に納付 負担なし	市区町村に納付 負担なし
	65歳以上	負担なし 市区町村に納付	N T T 健保に納付 市区町村に納付	本人・被扶養者とも 市区町村に納付

※ 表中の年齢について：誕生日の前日が属する月が年齢到達月となります。

例1：7月1日に40歳になる方……6月が40歳到達月となり、6月から介護保険料を納付。

例2：7月1日に65歳になる方……6月が65歳到達月となり、6月から市区町村に介護保険料を納付。

※ 加入中に40歳（65歳）を迎える方の介護保険料は、上表の請求対象月を考慮し請求されます。

※ 40歳～64歳の被扶養者の介護保険料はエヌ・ティ・ティ健康保険組合の被保険者全体の介護保険料で賄っています。

■ 介護保険の適用除外について

40歳から64歳までの任意継続被保険者については、原則、エヌ・ティ・ティ健康保険組合で介護保険料を徴収しますが、下表に該当する場合は介護保険料の適用除外となり介護保険料は徴収されません。（エヌ・ティ・ティ健康保険組合に届出が必要です）

適用除外となる事由
<ul style="list-style-type: none"> ・日本に住所(住民票)を有さなくなった場合 ・日本国籍を有しない方が、短期間(3か月未満)わが国に在留する場合 ・次の各施設に入所または入院している場合 <ul style="list-style-type: none"> ①身体障害者福祉法に規定する身体障害者療護施設、②児童福祉法に規定する重症心身障害児施設、③児童福祉法の厚生労働大臣が指定する医療機関、④心身障害者福祉協会法に規定する福祉施設、⑤国立及び国立以外のハンセン病療養所、⑥生活保護法に規定する救護施設

※被扶養者が上記に該当する場合もエヌ・ティ・ティ健康保険組合に届出が必要です。

保険料納付に関する手続き

1. 保険料納付方法と日程

①納付方法

納付方法は原則口座振替としますが、口座振替手続きが完了するまで（2～3か月程度）は振込により納付いただきます。

口座振替	「資第19号：預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」の提出により手続き 振替手数料：157円/回
------	--

※納付にかかる手数料は、被保険者ご本人負担です。（加入時の承諾事項のとおり）

②口座振替の日程（引落とし1週間前を目途にご案内はがきを送付します）

納付単位		納付対象月	引落日	口座振替手数料
毎月払い		当月分	当月1日（※1）	157円/回 「振替口座より保険料と同時に引落とし」
前納	半年	当年4月～当年9月分（※2） 当年10月～翌年3月分（※2）	当年3月20日（※1） 当年9月20日（※1）	
	1年	当年4月～翌年3月分（※2）	当年3月20日（※1）	

※就職や喪失申し出による喪失をされる方については、事前にご連絡をいただくと口座振替を停止できる場合（前月末までに連絡要）がありますが、停止できずに保険料が引落日された場合、保険料は後日返還（振替手数料157円は除く）いたします。

③振込納付の日程（納付期限の2週間前を目途に振込依頼書を送付します）

初 回	納付単位		納付対象月	保険料納付期限
	毎月払		取得月～申し出日の属する月の翌月分	申し出日の属する月の翌月10日（※1）
	前 納	半年	取得月～当年9月分又は当年度3月分まで（※3）	申し出日の属する月の末日（※4）
		1年	取得月～当年度3月分まで（※5）	

2 回 目 以 降	納付単位		納付対象月	保険料納付期限
	毎月払い		当月分	当月10日（※1）
	前 納	半年	当年4月～当年9月分（※6） 当年10月～翌年3月分（※6）	当年3月末日（※7） 当年9月末日（※7）
		1年	当年4月～翌年3月分（※6）	当年3月末日（※7）

（※1）引落日または納付期限が土・日・祝日の場合は翌営業日となります。

（※2）期間満了時は資格喪失日の属する月の前月分までとなります。

（※3）資格取得月が9月・3月の場合は翌半年分まで（7か月分）となります。

（※4）末日が土・日・祝日の場合は翌営業日となります。

（※5）資格取得月が3月の場合は翌年度末分まで（13か月分）となります。

（※6）期間満了時は資格喪失日の属する月の前月分までとなります。

（※7）末日が土・日・祝日の場合は前営業日となります。

※請求書類が届かない場合は、健康保険組合までご連絡ください。

※納付期限に間に合わない場合は、健康保険組合までご連絡ください。

※初回請求の納付期限を過ぎて納付が確認できない場合は、取得を取消させていただくこととなります。

2回目以降の請求が未納の場合は、原則その月の11日（保険期間該当月の毎月払いの納付期限日の翌日）に健康保険の資格喪失となりますのでご注意ください。

保険料納付に関する手続き

2. 保険料の納付単位の変更

保険料の納付単位は、毎月払い、半年払い、1年払いの3通りがあり、年度途中での変更は原則できませんが、以下のタイミングで申請いただくことで変更が可能です。

変更する場合は「任意継続保険料納付方法変更届【資第18号】」(P.21)を提出願います。

変更前	変更後	届出書提出月	変更開始月
毎月払い	1年払い	2月	翌年度4月分～
半年払い	1年払い		
1年払い	毎月払い		
1年払い	半年払い		
毎月払い	半年払い	8月又は2月	当年度10月分～ 又は翌年度4月分～
半年払い	毎月払い		

→ここに注意：提出月を過ぎますと変更ができませんのでご注意願います。

3. 口座振替（引落し）の停止について

「就職」や「喪失申し出」で資格喪失することが確定している場合は、請求処理前に口座振替停止の連絡をいただく事で、口座引落しの停止が可能な場合があります。「連絡先：0120-375-617」

例）1年前納で保険料を納付し、4月1日からは国民健康保険に加入する。⇒2月末までに口振停止依頼の連絡をする。3月20日（休みの場合翌営業日）の口座引落しの停止が可能。

※停止ができなかった場合の未経過保険料は給付金振込口座にご返還（振替手数料157円は除く）します。

4. 未経過保険料の返還について

口座振替による引落としまたは振込いただいた保険料の未経過保険料（取得月の翌月以降に喪失した時点で期間が経過していない納付済の保険料）は、資格喪失処理後にご返還いたしますが、口座振替等の手数料はご返還できません。

5. 任意継続被保険料の社会保険料控除について

任意継続被保険者の保険料は社会保険料控除として所得控除の対象となります。毎年1月下旬に「任意継続保険料納入証明書」を送付しますので、確定申告の際にご利用ください。また就職先において年末調整にて申告する場合は、払込金受領証等により金額を確認のうえご申告願います。

※任意継続健康保険料は、年末調整・確定申告において、証拠書類の添付は必要ないこととなっています。

→ここに注意：1月に送付する納入証明書は、前年1月1日～12月31日までの間に納付戴いた任意継続保険料の合計額です。実際の保険期間とは相違する場合があります。

例：4月から翌年3月分を一括で納付した。→全額納付した年の社会保険料となります。

保険の給付について

任意継続被保険者の主な保険の給付は、下記の表のとおりとなります。
ただし、②傷病手当金、④出産手当金、⑥通院ドックについては、在職時と給付内容が異なりますので
ご注意ください。

1. 保険の給付と内容

No.	給付	内 容
①	療養の給付	被保険者が通常、病院等で診療を受けた場合、医療費の7割または8割をNTT健康保険組合が負担します（本人負担は3割または2割） 病院ごとの入院・外来別での窓口負担額が25,000円を超えた医療費の一部負担額について還付されます。 この算定は（1）個人ごと、（2）各診療月ごと、（3）各病院ごと（入院・外来別、医科・歯科別）に行われます。
②	傷病手当金 （付加給付含む）	任意継続被保険者になってから新たに傷病となられた場合は給付されません。 ただし、退職日以前から傷病手当金の給付を受けているか、または給付を受ける条件を満たしている場合は、継続して給付が受けられます。 任意継続被保険者とならない場合、付加給付は停止されます（受給中に資格喪失となった場合も付加給付は停止）。
③	出産一時金	（A）産科医療補償制度加入の医療機関かつ、妊娠22週到達日以降で 出産した場合（1児あたり一律） ⇒ 530,000円（法定給付500,000円+付加給付30,000円） （B）（A）以外 ⇒ 518,000円（法定給付488,000円+付加給付30,000円）
④	出産手当金	任意継続被保険者になってから出産された場合は給付されません。 ただし、退職日以前から出産手当金の給付を受けているか、または給付を受ける条件を満たしている場合は、給付されます。
⑤	埋葬料	100,000円（法定給付50,000円+付加給付50,000円）
⑥	通院ドックの 受検※1	1.対象者： 任意継続被保険者で、年度末年齢30歳以上かつNTT健保加入期間が 分断なく1年以上ある方およびその被扶養配偶者で、年度末年齢が 30歳以上の偶数年齢の方 2.受検回数： 任意継続期間中に1回（ 毎年のご案内ではありません ） （任意継続保険の期間中（過去も含む）に受検済の場合は 受検不可 ） 3.受検費用： 次ページの表をご参照ください。
⑦	特定健診の 受診※1	1.対象者： 年度末年齢が40歳以上で、年度の4月1日～翌年3月31日まで、 年度を通じ継続してエヌ・ティ・ティ健康保険組合に加入（予定を含む）している 方 ※「通院ドック」ではなく「特定健診」を受診したい場合は、エヌ・ティ・ティ健康保険組合 保険 給付担当まで受診券の発券を申し出てください。

※1 対象となる方には、任意継続保険の資格取得から約2～3か月後に対象となる健康診断（通院ドックか特定健診）の受検のご案内を郵送いたします。（届きましたら必ず中身を確認してください。）

■ ②から④の申請書類についてはエヌ・ティ・ティ健康保険組合ホームページより印刷可能ですが、印刷できない場合は、本ガイド裏表紙記載の所掌担当にご連絡いただきお取寄せください。

エヌ・ティ・ティ健康保険組合ホームページ <https://www.nttkenpo.jp>



保険の給付について

2. ドックと特定健診の受診パターン・費用

区分		退職年度		任継初年度		任継2年目	
		偶数年齢	奇数年齢	偶数年齢	奇数年齢	偶数年齢	奇数年齢
被保険者 社員本人 (30歳以上)		法定健診		通院ドック【自己負担免除】または 特定健診【無料】 ※通院ドックは任継期間中1回のみ受検可能			
被扶養 配偶者	〔退職年度末年齢〕						
	40歳以上	通院ドック 【6,000円】	特定健診 【無料】	通院ドック 【自己負担免除】 【6,000円】	特定健診 【無料】	通院ドック 【自己負担免除】 【6,000円】	特定健診 【無料】
	39歳	—	—	通院ドック 【6,000円】	—	—	特定健診 【無料】
	30歳以上 39歳未満	通院ドック 【6,000円】	—	通院ドック 【6,000円】	—	通院ドック 【6,000円】	—

(ご注意ください)

- ・資格喪失後に特定健診または通院ドックを受けた場合や、任意継続保険期間に通院ドックを2度受検した場合の受検費用は、全額（5万～7万程度）自己負担となりますのでご注意ください。（遡って資格喪失もしくは認定取消しとなり、任継資格期間対象外になった場合も含みます）
- ・被保険者の方で、任意継続保険から就職等により、再度エヌ・ティ・ティ健康保険組合の一般被保険者に戻る場合は、任意継続の通院ドックは受検できません。受検した場合、全額自己負担となります。

【年度途中に任意継続保険に加入された方】

- ・通院ドックの受検は任意継続保険加入期間中（最大2年間）に一回受検する事が出来ます。
NTT健保組合では任意継続保険に加入された初年度に通院ドックのご案内をお送りしていますが、被保険者の方はご自身の選択により「特定健診」の受診に変更する事が可能です。
変更をご希望の方は健保組合へお電話いただき、受診券の発券をご依頼ください。
※2024年4月1日現在任意継続保険に加入している方、または、2024年4月2日以降新たに任意継続保険に加入された方（加入月に問わず）については、通院ドックと特定健診を「年度内に1回どちらかを受診（加入期間中計2回を上限）」することが可能となりました。
※通院ドックを、特定健診に変更することは可能です。

3. 医療費助成について

医療費助成の適用を受けると、病院にかかった時、窓口での支払いが免除されたり、窓口で支払った金額が後日、市区町村より払い戻されます。制度の詳細はお住まいの市区町村へお問い合わせください。

なお、医療費助成を受けている場合、エヌ・ティ・ティ健康保険組合からの医療費の払戻金と給付が重複しないよう、届出が必要です。届出がなく、重複して給付を受けられた場合、後日重複した給付を返還していただくこととなりますので、忘れずに届け出を行ってください。

「乳幼児医療費助成」については、エヌ・ティ・ティ健康保険組合で各市区町村の助成内容を確認のうえ給付しておりますので、届け出は不要です。

心身障害者医療費助成	障害手帳保持者（1級及び2級）等
ひとり親家庭医療費助成	ひとり親家庭の父又は母と子
妊産婦医療費助成	妊産婦
乳幼児・こども医療費助成	乳幼児・こども(対象となる年齢は自治体によって相違)

4. 交通事故・通勤中・業務中（パート・アルバイト含む）のケガについて

- ・交通事故等、第三者の行為によるケガの治療でマイナ保険証等を使用する場合は、エヌ・ティ・ティ健康保険組合までご連絡願います。 ■ 保険給付担当 03-6206-4541
- ・通勤中、業務中（パート・アルバイト含む）のケガは、労災扱いとなるため、マイナ保険証等は使用できません。

資格の喪失について

任意継続保険の加入期間は、任意継続保険の資格を取得した日から2年ですが、資格喪失の要件に該当した場合は資格喪失となり、資格喪失日以降は保険証使用不可となります。ドックや特定健診も同様に受診不可となります。

【要件別資格喪失日】

- ・再就職先で健康保険の被保険者資格を取得した日
- ・死亡した日の翌日
- ・後期高齢者医療制度に加入した日（75歳の誕生日または65歳以上障害により後期高齢者医療制度に加入した日）
- ・本人からの喪失申し出の申請書を健康保険組合で受理した日の翌月 1 日

※上記喪失要件に関わらず、保険料が納付期限までに納付されなかった場合は、保険料未納として強制的に資格喪失となります。

※口座振替により引落としとなった保険料及び振替いただいた保険料の期間未経過分の保険料については、資格喪失処理後にご返還しますが、振替手数料157円他納付時に発生した手数料はご返還できません。

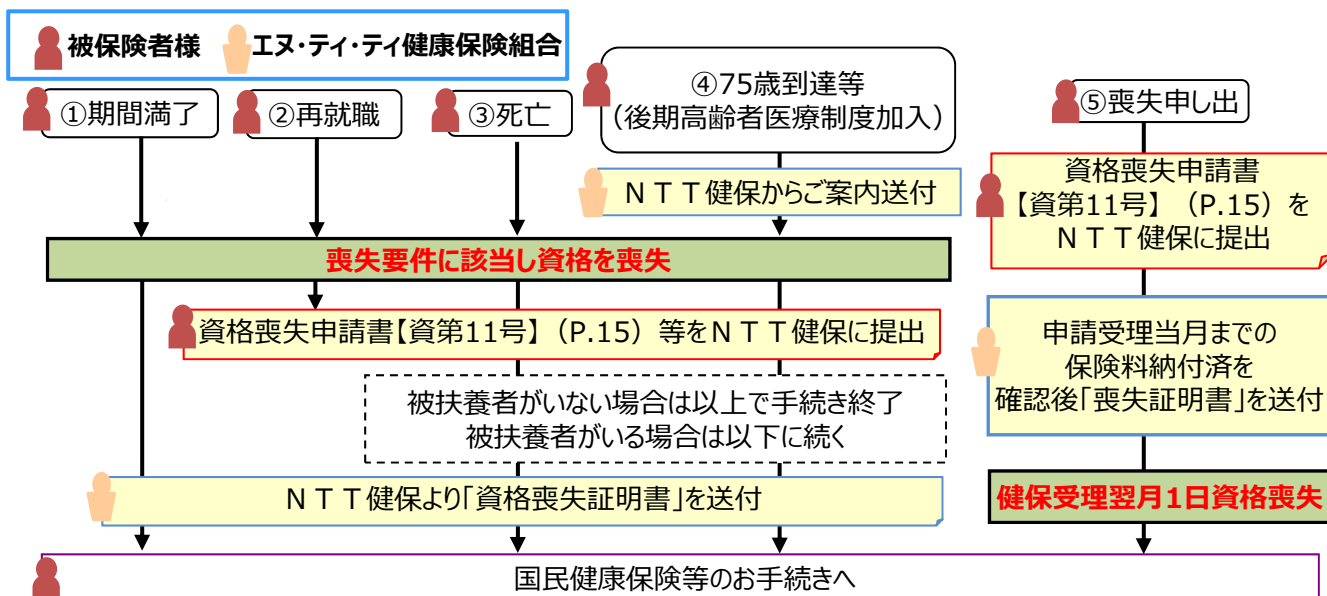
※「就職」や「喪失申し出」で資格喪失することが確定している場合は、請求処理前に口座振替停止の連絡をいただく事で、口座引落しの停止が可能な場合があります。

例1) 1年前納で保険料を納付し、4/1からは国民健康保険に加入する。⇒2月末までに口振停止依頼の連絡または「4/1喪失の申し出」をする。3/20の口座引落とし（休みの場合翌営業日）の停止が可能。

例2) 毎月払いで保険料を納付し、4/1からは国民健康保険に加入する。⇒2月末までに口振停止依頼の連絡または「4/1喪失の申し出」をする。4/1の口座引落とし（休みの場合翌営業日）の停止が可能。

1. 資格喪失のフロー

それぞれの要件毎の手続きは、下記のフローのとおりです。必要な書類、提出期日等詳細は次ページを参照してください。「資格確認書」をお持ちの方は資格喪失後、速やかに返却してください。



※国民健康保険のお手続きは、「資格喪失証明書」等持参し住民登録のある市区町村窓口にて行ってください。

資格の喪失について

2. 資格喪失手続きの時期と提出書類について

- ・資格喪失要件、資格喪失に伴う手続き及び提出期日等は以下のとおりです。
- ・有効期限前の「資格確認書」をお持ちの方は資格喪失後、速やかに返却してください。

資格喪失理由	資格喪失日	提出していただく書類	提出期日
①期間満了	2年間の期間満了日翌日	申請は不要です。 保険料未納がないことを確認し、期間満了の前に、エヌ・ティ・ティ健康保険組合より資格喪失証明書をお送りいたします。	—
②再就職に伴う新たな健康保険に加入	就職先での健康保険の資格取得日	A.～C.すべてを提出 A.任意継続被保険者資格喪失申請書【資第11号】(P.15) B.資格取得通知書等（資格取得日が記載されている書類）の写し（ご本人分） C.資格確認書（交付されている方分全て）	B.受領後速やかに
③死亡	死亡日の翌日	【申請書類等お送りしますので任継フリーダイヤルまでご連絡ください】 A.～C.すべてと、対象者はD.を提出 A.任意継続被保険者資格喪失申請書【資第11号】(P.15) B.「埋葬料（費）・家族埋葬料付加金請求書」【医第13号】(P.32) C.死亡を証する書類（埋葬許可証等） D.今までお使いの資格確認書（交付されている方、被扶養者分含む）	事実発生後速やかに
④75歳到達等（後期高齢者医療制度加入）※	75歳誕生日当日	75歳誕生日の約10日前にエヌ・ティ・ティ健康保険組合からご案内をお送りいたします。	—
⑤本人からの喪失申し出	健保で申請書を受理した日の翌月1日	任意継続被保険者資格喪失申請書【資第11号】(P.15)	喪失希望月の前月末までに必着

※65歳以上74歳以下の方で、寝たきり等の理由により後期高齢者医療制度に加入することとなった場合は、手続きが異なります。手続きについては、エヌ・ティ・ティ健康保険組合までお問い合わせください。

3. 国民健康保険への加入（移行）について

国民健康保険に加入する手続きには「健康保険組合資格喪失証明書」が必要となります。期間満了を迎える方で保険料未納がない方には、期間満了の前に、エヌ・ティ・ティ健康保険組合より「健康保険組合資格喪失証明書」を送付しますので、住民登録のある市区町村窓口へ提出し、国民健康保険への加入手続きを行ってください。

※国民健康保険の加入手続きは、健康保険法上、「資格喪失日から14日以内」と定められています。

このため、事実発生日前の手続きを不可としている市区町村もありますので詳細はお住まいの市区町村役所にお問い合わせください。

※「資格確認書」が交付されている方が資格確認書記載の有効期限内に資格喪失する場合は、「任意継続被保険者資格喪失証明書」を送付する際、返信用封筒を同封しますので、資格喪失日以降速やかに「資格確認書」をご返送願います。「資格確認書」を返送する際は、下図のように、「資格確認書」左下にはさみを入れて切り離し、無効な「資格確認書」として本体側のみ返送し、左下部分は廃棄してください。また、ご返送の際は、台紙等に貼り付けるか紙等に包む等してご返送ください。

なお、有効期限経過後の「資格確認書」（加入期間満了による資格喪失等）は資格確認書の返送は不要です。ご自身で適切に廃棄してください。



扶養に関する手続き

健康保険におけるご家族の扶養認定または取消が必要な場合は申請が必要です。

1. 被扶養者とは

健康保険に加入している本人を「被保険者」、また、その家族を「被扶養者」といいます。

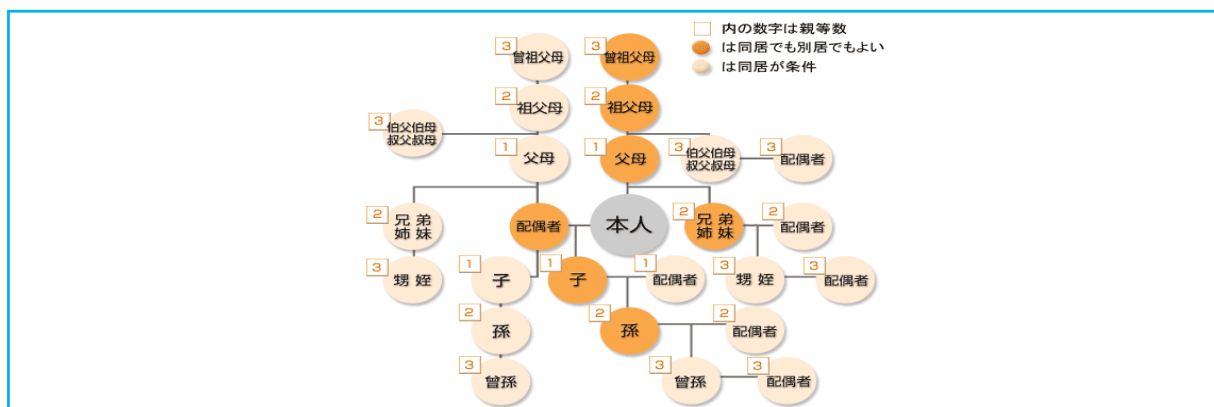
被扶養者となる人は、「主として被保険者の収入によって生活していること」、「決められた範囲内の親族であること」、「他の健康保険に加入していないこと」が条件となります。

2. 被扶養者の認定要件

1. 被扶養者の範囲

配偶者（内縁含む）・子・孫・兄弟・弟妹・父母・祖父母・その他三親等内の親族であり、75歳未満であること。

※配偶者（内縁含む）・子・孫、及び、被保険者の兄弟・弟妹・父母・祖父母は別居でも可ですが、それ以外の続柄の方は、同居が条件となります。



2. 収入の基準

事実発生日以降の年間収入が、下記基準額未満であること。

① 60歳未満の方

- …130万円未満（108,334円未満／月、3,612円未満／日）
- …障害年金受給の方は180万円未満（150,000円未満／月、5,000円未満／日）

② 60歳以上の方

- …180万円未満（150,000円未満／月、5,000円未満／日）

※給与収入・公的年金収入・事業収入・不動産収入・失業給付（雇用保険）・傷病手当金・通勤費・利子配当収入等を収入とみなします。

※別居の場合、上記①・②の条件に加え、被保険者から認定対象者への仕送り（手渡し不可）を証明する書類の提出が必要であり、「定期的に送金しており、一人につき毎月最低5万円以上」であることを確認させていただきます。

扶養に関する手続き

3. 被扶養者の取消要件

- 1.被扶養者が就職し、他の健康保険に加入したとき
- 2.被扶養者が、パートやアルバイト等で年間収入見込み額が130万円以上（108,334円以上／月）、60歳以上又は障害年金受給者の方は180万円以上（150,000円以上／月）となるとき
- 3.退職により認定された被扶養者が失業給付（雇用保険）の受給を開始したとき（基本手当日額が3,612円以上、60歳以上の方は5,000円以上となる場合）
※傷病手当金についても給付基礎日額が3,612円以上の受給を開始したとき
- 4.離婚したとき
- 5.被扶養者が結婚したとき
- 6.被扶養者が死亡したとき
- 7.生計維持関係がなくなったとき
- 8.75歳到達等により、後期高齢者医療制度に加入したとき

その他月々の収入に大きな変動がある場合や、アルバイト等短期間で就職と退職を繰り返す場合等は、エヌ・ティ・ティ健康保険組合にお問い合わせください。

4. 認定・取消に関する手続き

「被扶養者（異動）届」（P.23）を記入し、必要書類がある場合は添付して、エヌ・ティ・ティ健康保険組合に直接送付してください。

- 認定について
事実発生日から30日以内に申請いただいた場合は、事実発生日が認定日となります。
添付する必要書類については、「被扶養者（異動）届」裏面の「認定時に必要な添付書類のチェックシート」（P.24）でご確認ください。
- 取消について
事実発生日以降、早急に手続きを行ってください。また、取消対象者が「資格確認書」をお持ちの場合は「被扶養者（異動）届」に添付して送付してください。

【被扶養者が失業給付の受給を開始したとき】

上記様式の他に、「雇用保険受給資格者証」（両面）写しも送付してください。

【被扶養者が死亡したとき】

上記様式の他に、「埋葬料請求書【医第13号】」（P.32）と、それに関わる添付書類を送付してください。

【75歳到達等により後期高齢者医療制度に加入したとき】

75歳到達、及び、**65歳以上74歳以下の方で寝たきり等の理由により、後期高齢者医療制度に加入することとなった場合は**、「被扶養者（異動）届」（P.23）に、「後期高齢者医療の資格取得日記載の書類（写）」と「資格確認書」をお持ちの場合は「資格確認書」も添付して送付してください。

目次【届出・申請書様式】

■ 任意継続被保険者資格喪失申請書【資第11号】	…	P. 15
■ 任意継続被保険者住所変更届【資第10号】	…	P. 17
■ 給付金等振込口座変更届【資第17号】	…	P. 19
■ 任意継続保険料納付方法変更届【資第18号】	…	P. 21
■ 被扶養者（異動）届【資第20号】（任意継続被保険者用）	…	P. 23
■ 扶養事実の申立書【資第23号】	…	P. 25
■ 給与証明書【資第24号】	…	P. 27
■ 雇用形態証明書【資第24号-1】	…	P. 28
● 健康保険組合 再交付申請書【資第27号】	…	P. 29
● 限度額適用認定証＜入院時＞交付申請書【資第45号】	…	P. 30
● 被保険者家族療養費・高額療養費・一部負担還元金・ 家族療養付加金支給申請書【医第1号】	…	P. 31
● 被保険者家族埋葬料（費）・家族埋葬料・ 家族埋葬料付加金請求書【医第13号】	…	P. 32

届出・申請について

1. 申請書は切り離していただくかコピーしてご使用ください。

本ガイドに掲載されていない申請書が必要な場合は、健康保険組合HPより印刷いただくか、本ガイド裏表紙の所掌担当にご連絡いただきお取寄せください。

エヌ・ティ・ティ健康保険組合HP <https://www.nttkenpo.jp>



2. 送付先は申請書により異なりますのでご注意ください。

■ 印の申請書類の送付先

〒101-0047

東京都千代田区内神田 3 - 6 - 2 アーバンネット神田ビル
エヌ・ティ・ティ健康保険組合 資格（任継）担当

● 印の申請書類の送付先

〒180-8585

東京都武蔵野市緑町 3 丁目 9 - 1 1
N T T クラルティ株式会社 N T T 健康保険組合担当

受付No.				
提出日	令和	年	月	日

任意継続被保険者資格喪失申請書

(この申請書は、健康保険資格喪失に関する業務のみに利用するものであり、当該業務に関係する者以外に提供することはありません)

私はエヌ・ティ・ティ健康保険組合の任意継続保険を脱退します。

被 保 険 者 (申 請 者) 記 入 欄	被保険者記号		対象者コードの下7桁 被保険者番号 (7桁未満は右詰で記入)		フリガナ:		被保険者氏名																
	2 0 0 0																						
	被保険者 との続柄		<div></div>		1. 本人 2. 配偶者 3. その他 ()		生年月日		昭和 平成 令和				年		月		日						
	資格喪失理由		<div></div>		1. 就職し新たな健康保険に加入したため ※1 2. 被保険者が死亡したため 3. 75歳到達等 (後期高齢者医療制度加入のため) 4. 喪失申し出 (健保受理翌月1日喪失) ※2		資格喪失年月日		令和				年		月		日						
	未 経 過 口 座 保 険 料 ※3	銀行名		<div></div>		1: 銀行 2: 信用金庫 3: 信用組合		4: 組合 5: 労働金庫		支店名													
		預金種別		<div></div>		1: 普通 2: 当座		口座番号		※左詰めでご記入ください													
		口座名義 (カナ氏名)																					
	住 所	〒		<div></div>		<div></div>																	
	電話番号 (自宅)		<div></div>		(<div></div>)		<div></div>		※左詰めで記入してください														
電話番号 (携帯)		<div></div>		(<div></div>)		<div></div>		※左詰めで記入してください															
通信用欄																							

添 付 書 類	■ 資格喪失理由1~3の場合																			
	・「1.就職」のとき		<input type="checkbox"/> 資格取得日が記載されている書類写し (本人分のみ) ※4		<input type="checkbox"/> 資格確認書 (お持ちの方全員分) ※5															
	・「2.死亡」のとき		<input type="checkbox"/> 死亡を証する書類 (埋葬料請求書の写等)		<input type="checkbox"/> 資格確認書 (お持ちの方全員分) ※5															
・「3.75歳到達等」のとき		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の健康保険証の写し		<input type="checkbox"/> 資格確認書 (お持ちの方全員分) ※5																
		■ 資格喪失理由「4.喪失申し出」の場合 なし (「資格確認書」をお持ちの場合は資格喪失後にご返納いただきます)																		

●被扶養者の取り消しの場合は「被扶養者 (異動) 届」[資第20号]により申請してください。

- (注) ※1 就職による資格喪失では、被保険者本人の「資格喪失証明書」は必要がない為、通常発行いたしません。被扶養者は、被保険者就職先での扶養加入・国保加入等の状況により「資格喪失証明書」が必要となります。「資格喪失証明書」が必要な場合は「通信欄」に「資格喪失証明書必要」と記入してください。
- ※2 喪失理由「4」については、健保組合にて申請書受理年月日の翌月1日が喪失日となりますので、月末に提出され翌月初の受理となった場合、喪失月は1か月延びることとなります。
- ※3 ・未経過期間の保険料は返還いたしますが、保険料納付の際に発生した手数料 (振込手数料・振替手数料) は返還対象外となりますので、ご了承ください。
・返還口座がゆうちょ銀行で口座番号が7桁でない場合は、「桁数変換」する必要があります。「桁数変換」についてはゆうちょ銀行にお問い合わせください。
・被保険者本人死亡のときは、返還口座欄の記入は不要です。別途お送りする[医第27号]「代表者選定届」により振込先を届け出いただくこととなります。
- ※4 就職先の会社がN T T 健保組合加入の場合は、添付書類「資格取得日記載の書類写し」は不要です。「通信欄」に就職先の社名と就職日 (資格取得年月日) を記入してください。
- ※5 「資格確認書」をお持ちの場合、資格喪失後は、被保険者分、被扶養者分も含め全てすみやかに返納してください。

以下、健保組合処理欄

納付単位 : 毎月・前納 (6ヶ月)・前納 (1年)

払込方法 : 振込・口振

返還 : 有・無

銀行コード	<div></div>
支店コード	<div></div>

登録チェック	登録	審査	受付
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>

受付No.	
提出日	令和 7 年 1 月 20 日

任意継続被保険者資格喪失申請書

(この申請書は、健康保険資格喪失に関する業務のみに利用するものであり、当該業務に関係する者以外に提供することはありません)

私はエヌ・ティ・ティ健康保険組合の任意継続保険を脱退します。

被 保 険 者 (申 請 者) 記 入 欄	被保険者記号	対象者コードの下7桁 被保険者番号 (7桁未満は右詰で記入)	被保険者氏名										
	2 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	フリガナ: ケンポ タロウ	健保 太郎										
	被保険者 との続柄	1 1. 本人 2. 配偶者 3. その他 ()	生年月日	昭和 平成 令和	0 5 年 1 0 月 1 5 日								
	資格喪失理由	1 1. 就職し新たな健康保険に加入したため ※1 2. 被保険者が死亡したため 3. 75歳到達等 (後期高齢者医療制度加入のため) 4. 喪失申し出 (健保受理翌月1日喪失) ※2	資格喪失年月日	令和	0 7 年 1 月 1 0 日								
	銀行名	いろは 1 1: 銀行 4: 組合 2: 信用金庫 5: 労働金庫 3: 信用組合	支店名	あいうえお支店									
	預金種別	1 1: 普通 2: 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 ※左詰めでご記入ください									
	口座名義 (カナ氏名)	ケ ン ポ ° タ ロ ウ	7										
	住所	〒 1 1 1 - 1 1 1 1 東京都 千代田区 内神田 3-2-10											
	電話番号 (自宅)	0 3 (1 1 1 1) 2 2 2 2 ※左詰めで記入してください											
	電話番号 (携帯)	0 8 0 (3 3 3 3) 4 4 4 4 ※左詰めで記入してください											
通信欄													

添付書類	■ 資格喪失理由1~3の場合	
	・「1.就職」のとき <input checked="" type="checkbox"/> 資格取得日が記載されている書類写し (本人分のみ) ※4	<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 (お持ちの方全員分) ※5
	・「2.死亡」のとき <input type="checkbox"/> 死亡を証する書類 (埋葬料請求書の写等)	<input type="checkbox"/> 資格確認書 (お持ちの方全員分) ※5
	・「3.75歳到達等」のとき <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の健康保険証の写し	<input type="checkbox"/> 資格確認書 (お持ちの方全員分) ※5
■ 資格喪失理由「4.喪失申し出」の場合 なし (「資格確認書」をお持ちの場合は資格喪失後にご返納いただきます)		

●被扶養者の取り消しの場合は「被扶養者 (異動) 届」[資第20号]により申請してください。

- (注) ※1 就職による資格喪失では、被保険者本人の「資格喪失証明書」は必要がない為、通常発行いたしません。被扶養者は、被保険者就職先での扶養加入・国保加入等の状況により「資格喪失証明書」が必要となります。「資格喪失証明書」が必要な場合は「通信欄」に「資格喪失証明書必要」と記入してください。
- ※2 喪失理由「4」については、健保組合にて申請書受理年月日の翌月1日が喪失日となりますので、月末に提出され翌月初の受理となった場合、喪失月は1か月延びることとなります。
- ※3 ・未経過期間の保険料は返還いたしますが、保険料納付の際に発生した手数料 (振込手数料・振替手数料) は返還対象外となりますので、ご了承ください。
・返還口座がゆうちょ銀行で口座番号が7桁でない場合は、「桁数変換」する必要があります。「桁数変換」についてはゆうちょ銀行にお問い合わせください。
・被保険者本人死亡のときは、返還口座欄の記入は不要です。別途お送りする[医第27号]「代表者選定届」により振込先を届け出いただくこととなります。
- ※4 就職先の会社がN T T 健保組合加入の場合は、添付書類「資格取得日記載の書類写し」は不要です。「通信欄」に就職先の社名と就職日 (資格取得年月日) を記入してください。
- ※5 「資格確認書」をお持ちの場合、資格喪失後は、被保険者分、被扶養者分も含め全てすみやかに返納してください。

以下、健保組合処理欄

納付単位 : 毎月・前納 (6ヶ月)・前納	【資格喪失申請書類送付先】 〒101-0047 東京都千代田区内神田 3-6-2 N T T 健康保険組合 資格担当宛	振	返還 : 有 ・ 無	
銀行コード		登録	審査	受付
支店コード				

任意継続被保険者住所変更届

エヌ・ティ・ティ健康保険組合理事長殿

住所に変更が生じたため以下記入のとおりに届出ます。

年 月 日

記 号		番 号		被保険者氏名			
2 0 0 0				フリガナ：			
本人住所	変更「有」「無」	郵便番号					
		都道府県名 市区町村名	(加)				
		町名字名番地等	(加)				
		電話番号				※左詰めで記入してください	
扶養している配偶者または被扶養者がいる場合は、以下に記入してください							
配偶者または被扶養者の住所	変更「有」「無」	氏 名	(加)			続 柄	世帯別
		漢字				同居 ・ 別居	
		郵便番号			本人と同居の場合は郵便番号以下記入不要		
		都道府県名 市区町村名	(加)				
		町名字名番地等	(加)				
	電話番号				※左詰めで記入してください		
	変更「有」「無」	氏 名	(加)			続 柄	世帯別
		漢字				同居 ・ 別居	
		郵便番号			本人と同居の場合は郵便番号以下記入不要		
		都道府県名 市区町村名	(加)				
町名字名番地等		(加)					
電話番号				※左詰めで記入してください			

・太枠内のみご記入ください。(住所変更「無」の対象者についても漏れなく最新の住所を記入してください)

【申請書送付先】
〒101-0047 東京都千代田区 内神田 3 - 6 - 2 アーバンネット神田ビル
N T T 健康保険組合 資格担当

以下健康保険組合処理欄

市町村コード						
--------	--	--	--	--	--	--

登録チェック	登録	受 付

任意継続被保険者住所変更届

エヌ・ティ・ティ健康保険組合理事長殿

住所に変更が生じたため以下記入のとおりに届出ます。

令和5 年 7 月 10 日

記 号		番 号		被保険者氏名										
2 0 0 0		1 2 3 4 5 6 7		フリガナ：ケンボ タロウ										
				健保 太郎										
本人住所	変更「有」「無」	郵便番号	1 0 0 - 0 1 2 3											
		都道府県名	(加) トウキョウト チョダク											
		市区町村名	東京都 千代田区											
		町名字名番地等	(加) ウチサイワイチョウ 1-2-345 内幸町 1-2-345											
		電話番号	0 9 0 (1 1 1 1) 2 2 2 2 ※左詰めで記入してください											
扶養している配偶者または被扶養者がいる場合は、以下に記入してください														
配偶者または被扶養者の住所	変更「有」「無」	氏 名	(加)	ケンボ ハナコ						続 柄	世帯別			
			漢字	健保 花子						妻	同居 別居			
		郵便番号	-						本人と同居の場合は郵便番号以下記入不要					
		都道府県名	(加)											
		市区町村名	(加)											
	町名字名番地等	(加)						同居でも、電話番号に変更がある場合は、変更後の電話番号を記入してください。						
	電話番号	0 8 0						2 2 2 2		3 4 5 6		※左詰めで記入してください		
	変更「有」「無」	氏 名	(加)	ケンボ コウタ						続 柄	世帯別			
			漢字	健保 康太						長男	同居 別居			
		郵便番号	2 2 2 - 1 1 2 2						本人と同居の場合は郵便番号以下記入不要					
都道府県名		(加) ナガノケン ナガノシ						被扶養者欄が足りない場合は、本様式を必要分複製し、用紙右上に提出枚数が分かるよう大きく記入してください (例：2枚の場合1枚目に「1/2」2枚目に「2/2」と記入)						
市区町村名		長野県 長野市												
町名字名番地等	(加) カルイザワチョウ ギンザドリ200-10													
電話番号	0 9 0						(3 3 3 3)		4 4 5 5		※左詰めで記入してください			

・太枠内のみご記入ください。住所変更「無」の対象者についても漏れなく最新の住所を記入してください

【申請書送付先】
〒101-0047 東京都千代田区 内神田3-6-2 アーバンネット神田ビル
N T T 健康保険組合 資格担当

以下健康保険組合処理欄

市町村コード						
--------	--	--	--	--	--	--

登録チェック	登録	受 付

任意継続保険 給付金等振込口座変更届

エヌ・ティ・ティ健康保険組合理事長殿

私に対する健康保険組合の給付金等の支払については、下記の口座に振込をお願いします。

なお、振込をもって当方の受領と認めます。

記号		番 号				被保険者氏名															
2 0 0 0																					
振 込 先	銀行名													1: 銀行 4: 組合 2: 信用金庫 5: 労働金庫 3: 信用組合							
	支店名																				
	預金種別			1: 普通 2: 当座		口座番号										※左詰めでご記入ください					
	口座名義カナ																				
電話番号						()						※左詰めで記入してください									

太枠内のみご記入ください。

1. 口座はご本人名義の口座をご指定ください。

2. 対象となる金融機関は銀行等（ゆうちょ銀行を含む）とする。ゆうちょ銀行を指定する場合は、
口座番号等をゆうちょ銀行窓口でご確認願います。

この申請書は、直接エヌ・ティ・ティ健康保険組合へ送付してください。

【送付先】

〒101-0047

東京都千代田区内神田3-6-2 アーバンネット神田ビル エヌ・ティ・ティ健康保険組合 資格担当

TEL 0120-375-617

以下健康保険組合処理欄

銀 行 コード					支 店 コード			
------------	--	--	--	--	------------	--	--	--

登録チェック	登録	審査	受 付

〔様式：資第17号〕

任意継続保険 給付金等振込口座変更届

エヌ・ティ・ティ健康保険組合理事長殿

私に対する健康保険組合の給付金等の支払については、下記の口座に振込をお願いします。

なお、振込をもって当方の受領と認めます。

記号				番 号							被保険者氏名									
2	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	健保 太郎									
振 込 先	銀行名	XXXXX								1	1: 銀行 4: 組合 2: 信用金庫 5: 労働金庫 3: 信用組合									
	支店名	XX支店																		
	預金種別	1	1: 普通 2: 当座		口座番号		1	2	3	4	5	6	7	※左詰めでご記入ください						
	口座名義カナ	ケン ホ		タ ロ ウ																
電話番号		0	0	0	(1 1 1 1)		2	2	2	2	※左詰めで記入してください									

太枠内のみご記入ください。

- 1.口座はご本人名義の口座をご指定ください。
2.対象となる金融機関は銀行等（ゆうちょ銀行を含む）とする。ゆうちょ銀行を指定する場合は、
口座番号等をゆうちょ銀行窓口でご確認願います。

この申請書は、直接エヌ・ティ・ティ健康保険組合へ送付してください。	
【送付先】	
〒101-0047	
東京都千代田区内神田3-6-2 アーバンネット神田ビル エヌ・ティ・ティ健康保険組合 資格担当	
Tel. 0120-375-617	

以下健康保険組合処理欄

銀 行 コード					支 店 コード			
登録チェック		登録		審査		受 付		

任意継続保険料納付方法変更届

エヌ・ティ・ティ健康保険組合理事長殿

記号				番 号				被保険者氏名																							
2 0 0 0																															
変更申出年月日												年				月				日											
変更前				<input type="checkbox"/> 1: 毎月払い <input type="checkbox"/> 2: 半年払い <input type="checkbox"/> 3: 1年払い				変更後				<input type="checkbox"/> 1: 毎月払い <input type="checkbox"/> 2: 半年払い <input type="checkbox"/> 3: 1年払い																			
前回の保険料 納付済み期間								年				月				～								年				月			
変更開始月				<input type="checkbox"/>				1: 4月から 2: 10月から																							
電 話 番 号 (※左詰めで記入してください)								()																							

太枠内のみご記入ください。

※変更開始月について

- 1年払い→毎月払いまたは半年払い（4月から）
- 半年払い→毎月払い（4月または10月から）
- 半年払い→1年払い（4月から）
- 毎月払い→半年払い（4月または10月から）
- 毎月払い→1年払い（4月から）

変更開始月2ヶ月前の20日までに投函願います。

この申請書は、直接エヌ・ティ・ティ健康保険組合へ送付してください。

【送付先】

〒101-0047

東京都千代田区内神田3-6-2 アーバンネット神田ビル エヌ・ティ・ティ健康保険組合 資格担当

TEL 03-6206-4517

以下健康保険組合処理欄

銀 行 コード					支 店 コード			
------------	--	--	--	--	------------	--	--	--

課 長	主 査	担当者	受 付

任意継続保険料納付方法変更届

エヌ・ティ・ティ健康保険組合理事長殿

記号				番 号							被保険者氏名									
2	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	健保 太郎									
変更申出年月日											2 0 2 5 年 0 2 月 1 0 日									
変更前				2			1: 毎月払い 2: 半年払い 3: 1年払い				変更後				1			1: 毎月払い 2: 半年払い 3: 1年払い		
前回の保険料 納付済み期間				2 0 2 4 年 1 0 月 ~ 2 0 2 5 年 0 3 月																
変更開始月				1			1: 4月から 2: 10月から													
電 話 番 号 (※左詰めで記入してください)				0 0 0			(1 1 1 1)				2 2 2 2									

太枠内のみご記入ください。

※変更開始月について

1年払い→毎月払いまたは半年払い（4月から）

半年払い→毎月払い（4月または10月から）

半年払い→1年払い（4月から）

毎月払い→半年払い（4月または10月から）

毎月払い→1年払い（4月から）

変更開始月2ヶ月前の20日までに投函願います。

この申請書は、直接エヌ・ティ・ティ健康保険組合へ送付してください。

【送付先】

〒101-0047

東京都千代田区内神田3-6-2 アーバンネット神田ビル エヌ・ティ・ティ健康保険組合 資格担当

TEL 03-6206-4517

以下健康保険組合処理欄

銀 行 コード					支 店 コード			
------------	--	--	--	--	------------	--	--	--

課 長	主 査	担当者	受 付

〔様式：資第20号〕

年

月

日

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

被扶養者について、以下のとおり届けます。
なお、以下に記入した事項については、事実と相違ありません。

(姓氏名)

氏名

氏名

被扶養者（異動）届

任意継続用

ここで提出される個人番号の利用目的については
N T T健康保険組合のホームページをご覧ください。

被保険者番号(氏名コード)生年月日被保険者住所(住民票上住所)電話番号

000

()

取扱区分	個人番号(12桁)			生年月日	職業または 学校名・学年	事実発生日より前1年間の 年間収入推計額 (該当欄に金額を記入する)	世帯	雇用保険(失業給付) の受給状況 (該当を○で囲む)	健康保険 加入状況 (他健保等加入による 削除の場合記入)	扶養ははじめた理由 又はしなくなった理由、 変更理由及び事 実発生日	資格確認書交付 申請理由 (該当を○で囲む)	認定・削除・ 変更年月日	削除事由
	認定・ 変更・ 削除する者の氏名	続柄	性別										
認定・ 変更・ 削除	氏名		性別	年	月	日	給与・賃金 公的年金(遺族年金・障害年金) 公的年金(上記以外) 事業収入(不動産・農業等含む) 失業給付(基本日額×360) その他() 合計	同居・別居	1. 受給する () 2. 受給しない 3. 受給中 4. 既に終了 5. 受給資格なし	資格取得年月日 年 月 日	0. マイナ保険証利用 1. マイナナンバーカード未取得 2. マイナナンバーカード紛失・更新中 3. マイナナンバーカード返納 4. マイナ保険証の利用未登録 5. 要配慮者	年 月 日	死亡 その他
	力		男・女	年	月	日	給与・賃金 公的年金(遺族年金・障害年金) 公的年金(上記以外) 事業収入(不動産・農業等含む) 失業給付(基本日額×360) その他() 合計	同居・別居	1. 受給する () 2. 受給しない 3. 受給中 4. 既に終了 5. 受給資格なし	資格取得年月日 年 月 日	0. マイナ保険証利用 1. マイナナンバーカード未取得 2. マイナナンバーカード紛失・更新中 3. マイナナンバーカード返納 4. マイナ保険証の利用未登録 5. 要配慮者	年 月 日	死亡 その他
	漢字	氏名		男・女	年	月	日	給与・賃金 公的年金(遺族年金・障害年金) 公的年金(上記以外) 事業収入(不動産・農業等含む) 失業給付(基本日額×360) その他() 合計	同居・別居	1. 受給する () 2. 受給しない 3. 受給中 4. 既に終了 5. 受給資格なし	資格取得年月日 年 月 日	0. マイナ保険証利用 1. マイナナンバーカード未取得 2. マイナナンバーカード紛失・更新中 3. マイナナンバーカード返納 4. マイナ保険証の利用未登録 5. 要配慮者	年 月 日

(注) 1. 大枠内は申告者本人が記入してください。

2. 「削除」「変更」の場合は個人番号(マイナンバー)の記入は不要です。

3. 年間収入推計額は、給与・賃金収入、公的年金収入については総収入額(非課税収入含む)とし、事業収入(農業等含む)については前年の所得額(所得税法上の計算による)としてください。

4. 被扶養配偶者(20歳以上60歳未満の者に限る)の認定・削除(死亡・収入増・離婚)・変更を申請する場合は、国民年金第3号被保険者の届を本申請と同時に事業所経由で必ず提出してください。

5. 他健保組合等の資格を取得した場合には、5日以内に削除の処理をしてください。なお、削除日以降に対象の方がNTT健康保険で医療機関を受診等した場合には、当健康保険組合が負担した医療費について、後日請求し返納していただくことになります。

6. 認定理由が入社・出生以外の方は、資格喪失証明書(原本)、国民健康保険証(写)、資格情報のお知らせ(写)のいずれかを提出してください。

7. 対象者の要件に応じ、上記以外の書類をご提出いただく場合があります。

8. 後期高齢者医療制度の適用を受けている方(75歳以上の方、もしくは65歳以上75歳未満で寝たきり等の理由によりその適用を受けている方)については認定できません。

【申請書送付先】

〒100-0047 東京都千代田区 内神田3-6-2 アーバンネット神田ビル N T T健康保険組合 資格担当

チェック欄

☐ 記入漏れはないか

☐ 添付書類の漏れはないか

健康 処理 欄	決裁欄	上記は事実と相違ないことを認め、被扶養者 を削除する。 の届出内容を変更する。	常務理事	処務 理セ ンタ	登録チェック	システム登録	二次審査	一次審査	受付印
			裁	欄					

(2024. 12月)

＜認定時に必要な添付書類のチェックシート＞

前提条件：年間収入見込が130万円未満で被保険者の年間収入を上回らないこと。
ただし、60歳以上または障害年金受給者は180万円未満とする。

◇様式:資20号 被扶養者(異動)届(P17)・・・認定の場合のみ、認定対象者のマイナンバーを記載して下さい

◇様式:資23号 扶養事実の申立書(P18)

上記の申請用紙と **Q1** ～ **Q5** の設問で該当する書類を添付してください。

Q1 今回、あなたが認定対象者を扶養する理由は何ですか？			書類 チェック欄
あなたの	結 婚 離 婚	→ Q4 へ 戸籍謄本	<input type="checkbox"/>
認定を受けようとする方の	離 職	①＜健保または共済に加入＞資格喪失証明書 ＜国民健康保険に加入＞ 離職票(写)、又は、退職証明書(写)	<input type="checkbox"/>
	収入減は Q5 へ	②＜同居＞世帯全員分の住民票、＜別居＞送金証明(※2)【配偶者は除く】	<input type="checkbox"/>
	雇用保険の受給終了	①雇用保険受給資格者証の両面(写)・・・「支給終了」の印字があるもの ②＜同居＞世帯全員分の住民票、＜別居＞送金証明(※2)【配偶者は除く】	<input type="checkbox"/>
	自営業等の廃業	①廃業届等(写) ②＜同居＞世帯全員分の住民票、＜別居＞送金証明(※2)【配偶者は除く】	<input type="checkbox"/>
	(配偶者の)出産	～配偶者が扶養認定されていないとき～ あなた・あなたの配偶者、双方の前年分源泉徴収票(写)、又は、双方の所得証明書	<input type="checkbox"/>

Q2 共同扶養の確認の為、該当する書類を添付してください。			書類 チェック欄
認定対象者が子の場合 あなたの配偶者は	いるが扶養していない いない	→ あなた・あなたの配偶者、双方の前年分源泉徴収票(写)、又は、双方の所得証明書 → 戸籍謄本、独身証明書又は、遺族年金の年金証書(写)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
認定対象者が 子・配偶者以外の場合 (※1)	同居 別居	世帯全員分の住民票 ……他に同居家族がいる場合、同居されている方の所得証明書＋あなたの所得証明書 別居先の世帯全員分の住民票、送金証明(※2) ……他に同居家族がいる場合、同居されている方の所得証明書	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

※1 配偶者がいない場合・・・戸籍謄本、独身証明書又は、遺族年金の年金証書(写)が必要です
 ※2 別居「送金証明」・・・月額額は認定対象者の収入の1/12を上回る必要があり、一人につき最低5万円以上/月であること ※手渡し不可

Q3 現在「病気療養中」で傷病手当金を受給している方は、下記書類を添付してください。			書類 チェック欄
傷病手当金を受給中	→ 受給金額が分かる書類(写) ＜健康保険組合より発行＞		<input type="checkbox"/>

Q4 保険の切替となる為、該当する書類を添付してください。			書類 チェック欄
健康保険組合に加入	→ 今まで加入していた健康保険組合の資格喪失証明書		<input type="checkbox"/>
国民健康保険に加入	→ 資格情報のお知らせ(写)		<input type="checkbox"/>

Q5 現在の収入状況を確認する為、該当する書類を添付してください。			書類 チェック欄
給与収入がある	3ヵ月実績あり 3ヵ月実績なし	→ 所得証明書 + 資24号:給与証明書(P19)・・・勤務先にて証明 → 所得証明書 + 雇用形態証明書(P19の裏面)・・・勤務先にて証明	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
年金収入がある	直近分の年金額改定通知書(写)、年金振込通知書(写)等 ※ただし、100万円を超える年金収入がある場合、所得証明書も必要となります		<input type="checkbox"/>
事業・利子・配当収入がある	税務署の受付印がある確定申告書の第一表・第二表(写)、又は、所得証明書		<input type="checkbox"/>
傷病手当金を受給中	→ 受給金額が分かる書類(写) ＜健康保険組合より発行＞		<input type="checkbox"/>
雇用保険を受給中	→ 雇用保険受給資格者証の両面(写)		<input type="checkbox"/>

(注)認定条件によってはチェックした添付書類以外に徴することがあります。

なお、審査の結果、主たる生計維持者と判断が出来ない場合は認定ができません。

扶養事実の申立書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合理事長殿

被保険者(社員)氏名

氏名コード										事業所名・担当名 (任意継続被保険者の場合は住所を記入)	
0	0	0									

認定対象者(扶養に入りたい者)	生年月日	年齢	被保険者との続柄
	年 月 日	歳	

【全項目について回答してください。】

質問事項	被保険者(社員)の回答 (該当するものの□にチェックし、必要事項を記入してください。)
Q1 被保険者(社員)が上記認定対象者を扶養することとなった理由をご記入下さい。	<input type="checkbox"/> 被保険者(社員)の入社 <input type="checkbox"/> 被保険者(社員)の結婚 <input type="checkbox"/> 認定対象者の雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 出産(配偶者の出産含む) <input type="checkbox"/> 認定対象者の離職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 自営業の廃業 <input type="checkbox"/> その他()
認定対象者が配偶者の場合、Q2は回答不要です。 認定対象者の生計維持に関する確認のため、ご家族の状況を教えてください。	【①被保険者(社員)の配偶者はいますか？】 <input type="checkbox"/> いない(認定対象者が“子”で、被保険者(社員)に配偶者がいない場合には戸籍謄本等での確認が必要です) <input type="checkbox"/> いる(配偶者の扶養状況について下記からお選び下さい。) <input type="checkbox"/> A. 被保険者が扶養中 <input type="checkbox"/> B. NTT健保に被保険者として加入中 (氏名コード:) <input type="checkbox"/> C. 扶養していない (Q1にて「出産(配偶者の出産を含む)」を選択した場合、下記②もご回答ください。) ↓ ＜②夫婦双方の育児休業等(無給)取得の有無・期間をお教えてください。＞ ●被保険者(社員): 育児休業等取得予定(無給) 【 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ 期間 年 ヶ月 取得予定】 ●配偶者: 育児休業等取得予定(無給) 【 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ 期間 年 ヶ月 取得予定】
父、母、義父、義母、兄弟姉妹、孫、甥 姪 等 (子・配偶者以外)	【①認定対象者は被保険者(社員)と同居・別居どちらですか？】 <input type="checkbox"/> 同居 (下記②もご回答ください。) <input type="checkbox"/> 別居 【②認定対象者以外に同居している親族(父母・兄弟姉妹・配偶者等)はいますか？】 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ⇒ 続柄(全員分):
Q1が「出産」の場合Q3は回答不要です。	【①現在の状況をお選びください。】 <input type="checkbox"/> 未就学児・学生 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()
Q3 認定対象者の現在の状況と配偶者の有・無を教えてください。	【②認定対象者に配偶者はいますか？】 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(認定対象者の配偶者の収入は 年額 円)
Q1が「出産」の場合Q4は回答不要です。	<input type="checkbox"/> 健保等の被保険者だった (健保名) <input type="checkbox"/> 今までも被保険者(社員)の被扶養者だった (健保名) <input type="checkbox"/> 他の者の被扶養者だった (健保名) <input type="checkbox"/> 無保険である (いつから 年 月 日 ~) <input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入しており、認定後脱退予定である
Q1が「出産」の場合Q5は回答不要です。	1. 給与・賃金収入(パート・アルバイト等)がある ⇒ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 月額 円 2. 公的年金収入(障害年金・遺族年金)がある ⇒ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 円 3. 公的年金収入(上記以外)がある ⇒ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 円 4. 事業収入(不動産、農業等含む)がある ⇒ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 円 5. 利子・配当収入がある ⇒ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 円 6. 傷病手当金の受給がある ⇒ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中) ↳ 支給日額 円 7. 雇用保険の受給もしくは受給予定がある ⇒ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中) ↳ 退職理由 <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> 自己都合 基本手当日額 円 8. 上記以外の収入がある ⇒ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 円 内容 () <div>収入がない場合にも上記欄にすべて記入をお願いします。</div>

【上記以外に申立事項がありましたら記入してください。】

上記記載内容は事実と相違ありません。また、被扶養者認定基準に該当しないこととなった場合は健康保険法施行規則第五十一条四項の規定に基づき速やかに被扶養者認定取消申請を行うものとし、認定取消日以降の保険証使用があった場合には、NTT健保の請求に基づき当該医療費について支払うことに同意いたします。

《給与実績が3ヶ月以上ある場合》

給 与 証 明 書

事業主記入欄	現 住 所		
	氏 名		
	雇 用 年 月 日	年 月 日	
	雇 用 形 態		
	直近6ヶ月の給与支給額を記入してください。 (通勤費含む)	月 円	月 円
		月 円	月 円
		月 円	月 円
	賞 与	月 円	月 円
支 給 総 額 (ボーナス含む)	円…①		
給 与 単 金	1.月額単金 2.日額単金 円…② 3.時間単金		

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

事業主名

代表者名

印

電話番号：() —

年 間 の 給 与 収 入 見 込 額

本人記入欄	氏 名	印	
	給与収入見込み額	見 込 期 間	自 至 年 月 月 (か月) …③
		月 平 均 就 労 日 数	日 …④
		1日の平均就労時間	時間 …⑤
		算 出 方 法	②の単金 円 × ⑤ 時間 × ④ 日 × ③ 月 = 円 …⑥
		通 勤 費	円 × ③ 月 = 円 …⑦
	年間の給与収入見込額	① + ⑥ + ⑦ + + = 円	

《給与実績が3ヶ月未満の場合》

雇 用 形 態 証 明 書

事業主記入欄	現住所			
	氏名			
	雇用年月日	年	月	日
	雇用形態	【雇用形態変更日： 年 月 日】		
	給与単金	1. 月額単金 円		
		1ヶ月就労日数		
		2. 日額単金 円 × 日 = 円		
	3. 時間単金 円 × 時間 × 日 = 円	1日の就労時間		月平均労働日数
時間外労働	有 ・ 無			
休日労働	有 ・ 無			
月通勤費	円			
賞与	円			

※今まで健康保険の資格を有していた場合は、健康保険資格喪失証明書を添付のこと。

◎通勤費、賞与を含め、12ヶ月の平均月収の実績が108,333円/月(130万円÷12)を超えないよう勤務させることとします。
上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

事業主住所

事業主名

代表者名

印

電話番号 () ー

処理 資格 担当 欄	登録チェック	登録	審査	受付

健康保険組合 再 交 付 申 請 書 (任意継続被保険者用)

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 欄	記号	被保険者番号	被保険者（申請者）氏名										
	2000		フリガナ：										
	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
	電話番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※左詰めで記入してください											
	被保険者（申請者）生年月日	<input type="text"/> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日											
	再交付証 種別	<input type="text"/> 1: 資格確認書 4: 限度額適用認定証 2: 資格情報のお知らせ 5: 特定疾病療養受領証 3: 限度額適用・標準負担額減額認定証											
	家族分の場合記入	氏名	フリガナ：								続柄		
		生年月日	<input type="text"/> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日										
	再交付事由	<input type="text"/> 1: 紛失 2: 盗難 3: 汚損 4: 住所欄無余白											
	1「紛失」の場合	紛失理由等	日時	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 場所 <input type="text"/>								理由	
	3「汚損」の場合	理由											
	備考	※盗難及び自宅以外での紛失については、必ず警察へ届け出てください。 ※再交付が不要な場合(資格喪失・扶養取消等)はその旨を明記してください。											

既に申請した再交付を取下げする場合は、右欄を記入してください。	取下理由	<input type="checkbox"/> 紛失(または盗難)証を発見したため <input type="checkbox"/> 資格喪失(扶養取消)のため (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)	
添付書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証(写) <input type="checkbox"/> パスポート(写) <input type="checkbox"/> マイナンバーが記載されていない住民票 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>) 上記本人確認書類は被保険者分(いずれか一点)を添付してください。 ※本人確認が未実施の場合、差戻しする場合がございます。 (限度額認定証、特定疾病療養受領証の再交付の場合、本人確認書類は不要です。)		
(注)	1 紛失及び汚損による再交付については、再交付手数料をいただく場合があります。 2 再交付申請書は再交付証1枚につき1部記入願います。 2枚の再交付証を申請する場合、2部必要です。 3 再交付事由が3及び4に該当する場合は、新しい再交付証が届きましたら旧の再交付証は受領書と共に必ず返納ください。		

この申請書は、被保険者が直接健康保険組合へ送付してください。 送付先… 〒180-8585 東京都武蔵野市緑町3丁目9-11 NTTクラリティ株式会社 エヌ・ティ・ティ健康保険組合担当 TEL 0422-38-5552
--

健康保険組合 限度額適用認定証 交付申請書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

以下の内容に相違ありませんので、限度額適用認定証の交付を申請します。

記入日 年 月 日

被 保 険 者 の 情 報	保険証の番号										被保険者氏名													
	記 号				番 号						フリガナ：													
	2	0	0	0																				
	住 所		〒						-							※日中連絡の取れる電話番号を記入(※左詰めで記入)								
電話							()												
交 付 対 象 者 の 情 報	交付対象者氏名（治療を受ける者の氏名）										交付対象者生年月日													
	フリガナ：										<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div>年</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 5px;"></div> <div>月</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 5px;"></div> <div>日</div> </div>													
	被保険者 との続柄		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		()		01：本人		51：父		21：長男		31：長女		00：その他	
						※その他の場合、ご記入ください						11：夫		52：母		22：二男		32：二女						
						12：妻								23：三男		33：三女								
限 度 額 適 用 認 定 証 に つ い て	限度額適用 認定証の送付 先		<input type="checkbox"/> 1. 上記住所と同じ																					
			<input type="checkbox"/> 2. その他（実家・病院など）																					
	有効期間につ いての申し送り 欄		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		()		※「2.その他」の場合、必ず 住所・宛名（様方・気付）をご記入ください。 ※ 病院へ送付する場合、必ず病院の了承を得て宛名・病室番号をご記入ください。									

この申請書は、直接エヌ・ティ・ティ健康保険組合へ送付してください。

送付先… 〒180-8585 東京都武蔵野市緑町3丁目-9-11

NTTクラリティ株式会社 エヌ・ティ・ティ健康保険組合担当

TEL 0422-38-5552 (平日10:00~16:00)

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

- (注) ・限度額は標準報酬月額により上限額が区分されますので、被保険者の標準報酬月額が変動した際、限度額が変更となりますことがあります。この場合、別途変更後の限度額適用認定証をお送りすることとなります。
(変更前の限度額適用認定証についてはすみやかに健康保険組合へご返却ください)
・退院等により交付理由が消滅した場合には、すみやかに健康保険組合へ限度額適用認定証をご返却願います。
・70歳以上の一部負担割合が2割の方(住民税非課税等の低所得者を除く)については、「マイナ保険証」または「資格確認書(交付者のみ)」により所得区分が判断できますので限度額適用認定証の交付申請は不要です。
・住民税非課税等の低所得者に該当するときは「限度額適用・標準負担額減額認定証」の申請を行ってください。

健康保険組合

被保険者
家 族

療養費・高額療養費・

一部負担還元金
家族療養費付加金

支給申請書

被保険者番号		※被保険者（請求者）氏名		住 所	
		(フリガナ)		〒	
療養を受けた者の氏名		(フリガナ)		日間連絡先 TEL () - 被 保 険 者 と の 続 柄 01: 本人 11: 夫 12: 妻 21: 長男 22: 二男 23: 三男 31: 長女 32: 二女 33: 三女 51: 父 52: 母 その他 ()	
療養を受けた者の生年月日		年 月 日生			
傷 病 名					
発病又は負傷の年月日 (療養開始日)		年 月 日		1. 発病又は負傷の原因 2. 保険証を提出できなかった時はその理由	
診療期間 (申請期間)		(自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間			
申 請 理 由		1. 公費負担医療の一部払戻し		診療に要した費用 (海外の場合は現地通貨)	
		5. はり・きゅう・あんまマッサージの施術(治療)を受けた		通 貨 単 位	
		6-1. マイナ保険証等を提出できずに病院、接骨院で診療を受けた		業務災害又は通勤災害によるものですか	
		6-2. 海外に滞在中病気やけがにより、診療を受けた		第三者の行為(交通事故等)によるものですか	
		7. 治療用装具を購入した (医師の証明日 年 月 日)		市区町村から医療費の助成(補助)を受けていますか	
診療を受けた 病院等	所在地 (海外の場合は国名)	都道府県		診 療 内 容 1: 入院 (入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日) 2: 通院(歯科以外) 3: 通院(歯科)	
	名 称				
	医 師 氏 名				

添 付 書 類	申請理由が					
	「1」のとき	<input type="checkbox"/> 領収書「原本」	<input type="checkbox"/> 一部負担金に関する通知書「写」	<input type="checkbox"/> 受給者証「写」		
	「5」のとき	<input type="checkbox"/> 医師の同意書又は診断書「原本」	<input type="checkbox"/> 施術費用の領収書及び内訳書「原本」			
	「6-1」のとき	<input type="checkbox"/> 医療機関の診療報酬明細書「傷病名・治療内容等が記載されたレセプト」又は診療報酬明細書 [様式：医第2号、医第3号又は医第4号]、及び診療に要した費用の領収書「原本」				
	「6-2」のとき	<input type="checkbox"/> 診療内容証明書 [様式：医第5号] 及び領収書兼領収明細書 [様式：医第6号又は医第7号] 又は現地の診療明細書、 及び診療に要した費用の領収書「原本」 <input type="checkbox"/> 申請書及び添付資料が外国語で記載されているときは翻訳文 <input type="checkbox"/> 海外に渡航した事実が確認できる書類(旅券・パスポート等)「写」(本人及び渡航事実の確認可能な箇所) ※海外在住勤務者(被扶養者含む)は事業主による「海外在住勤務証明書」(様式：医第1-1号)でも可 <input type="checkbox"/> 海外の医療機関等に対して療養内容の照会を行うことの同意書(様式：医第16-1号)				
	「7」のとき	<input type="checkbox"/> 治療用装具を必要とする旨の医師の証明書「原本」 <input type="checkbox"/> 治療用装具購入費用の領収書及び内訳書「原本」				

処 理 組 合 欄	受 付		審 査	[1次]	[2次]		処 理	

健康保険組合

被保険者
家 族

埋葬料（費）・家族埋葬料付加金 請求書

被保険者番号		※被保険者（請求者）氏名		住 所											
		(フリガナ)		〒											
				昼間連絡先 TEL () ー											
死 亡 年 月 日		年 月 日		死 亡 の 原 因											
被扶養者が 死亡した時	氏 名	(フリガナ)		被 保 険 者 と の 続 柄	11：夫 12：妻 21：長男 22：二男 23：三男 31：長女 32：二女 33：三女 51：父 52：母 その他 ()										
	生 年 月 日	年 月 日 生													
被保険者が 死亡した時	氏 名	(フリガナ)		請 求 者 と の 続 柄	11：夫 12：妻 21：長男 22：二男 23：三男 31：長女 32：二女 33：三女 51：父 52：母 その他 ()										
	埋 葬 し た 年 月 日	年 月 日													
	埋葬に要した費用 (埋葬費の時)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 円													
被保険者に生計を維持 されていましたか	1. はい 2. いいえ														
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 100%; height: 100%; background: linear-gradient(to bottom right, transparent 49%, black 49%, black 51%, transparent 51%);"></div> </div>				業務災害又は通勤災害によるもので すか	1. いいえ 2. はい										
				第三者の行為（交通事故等）による ものですか	1. いいえ 2. はい										

【被保険者が死亡したときは、請求者の振込先を記入して下さい】

金 融 機 関 コ ー ド	支 店 コ ー ド	金 融 機 関 名	支 店 名										
預 金 種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 (カ タ カ ナ)											
1 普 通 2 当 座	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 市区町村長の埋火葬許可証「写」、死亡診断書「写」、死体検案書又は検視調書「写」、戸籍謄本「写」のいずれか
	<被保険者により生計を維持していた者がいないため、埋葬を行った者が請求するとき>
	<input type="checkbox"/> 埋葬に要した費用の領収書及び内訳書「原本」
	<資格取得または被扶養認定後3ヶ月以内の死亡および資格喪失後3ヶ月以内の死亡のとき>
	<input type="checkbox"/> 保険料請求に係る他保険加入確認書〔様式：医第12号〕又は無保険期間申出書〔様式：医第28号〕

健 保 組 合 処 理 欄	受 付		審 査	[1次]	[2次]		処 理	

任意継続保険・健康保険等に関するお問い合わせ先

お問い合わせ内容	電話番号
任意継続保険の資格・保険料納付に関すること（任継フリーダイヤル）	0120-375-617
扶養の認定・取消に関すること	03-6206-4518
療養費・埋葬料・治療用装具・出産育児一時金等に関すること	03-6206-4606
人間ドックに関すること	03-6206-4542
医療費助成・高額療養費・交通事故等に関すること	03-6206-4541
10時00分～12時00分 13時00分～16時00分	
限度額適用認定証の発行に関すること	0422-38-5552
10時00分～16時00分	
N T T 企業年金基金に関すること（N T T 企業年金基金コールセンター）	0120-372-547
9時30分～12時00分 13時00分～16時30分	
◆月～金曜日（祝祭日及び年末年始除く）	

エヌ・ティ・ティ健康保険組合関連のホームページ

N T T 健康保険組合 H P	https://www.nttkenpo.jp
N T T 健康保険組合保養所 H P	https://nttikinkenpo.or.jp/hoyojo/
N T T 基金・健保 H P	https://nttikinkenpo.or.jp （パスワード 090401）

【資格喪失後の「資格確認書（交付者のみ）」について】

任意継続被保険者をお辞めになられた（資格を喪失した）方、扶養認定を取消となった方はエヌ・ティ・ティ健康保険組合の「資格確認書」は使用できません。

資格確認書記載の有効期限内に資格喪失した場合は、資格喪失日以降速やかに「資格確認書」をご返送願います。

なお、資格確認書記載の有効期限以降に資格喪失された場合は、資格確認書の返却は不要です。ご自身で適切に廃棄してください。

※資格喪失後に「資格確認書」を使用した場合、後日医療費（健康保険組合負担分）の返還が発生します。受診内容によっては、非常に高額となりますので、資格喪失日以降エヌ・ティ・ティ健康保険組合の「資格確認書」は使用しないでください。

【有効期限内の「資格確認書」返送先】

〒101-0047 東京都千代田区内神田 3 - 6 - 2 アーバンネット神田ビル
エヌ・ティ・ティ健康保険組合 資格(任継)担当行

【マイナンバー、特定個人情報の取り扱いについて】

健康保険組合は「個人番号利用事務実施者」として事務の範囲内でマイナンバーを取り扱いいたします。具体的には、資格取得・扶養認定等の適用業務、傷病手当金・高額療養費等給付の審査業務などです。

※「個人番号利用事務実施者」とは、マイナンバーを使って、番号法（「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」）別表第1や条例で定める行政事務を処理する国の行政機関、地方公共団体、独立行政法人等のことです。

エヌ・ティ・ティ健康保険組合
<https://www.nttkenpo.jp>

