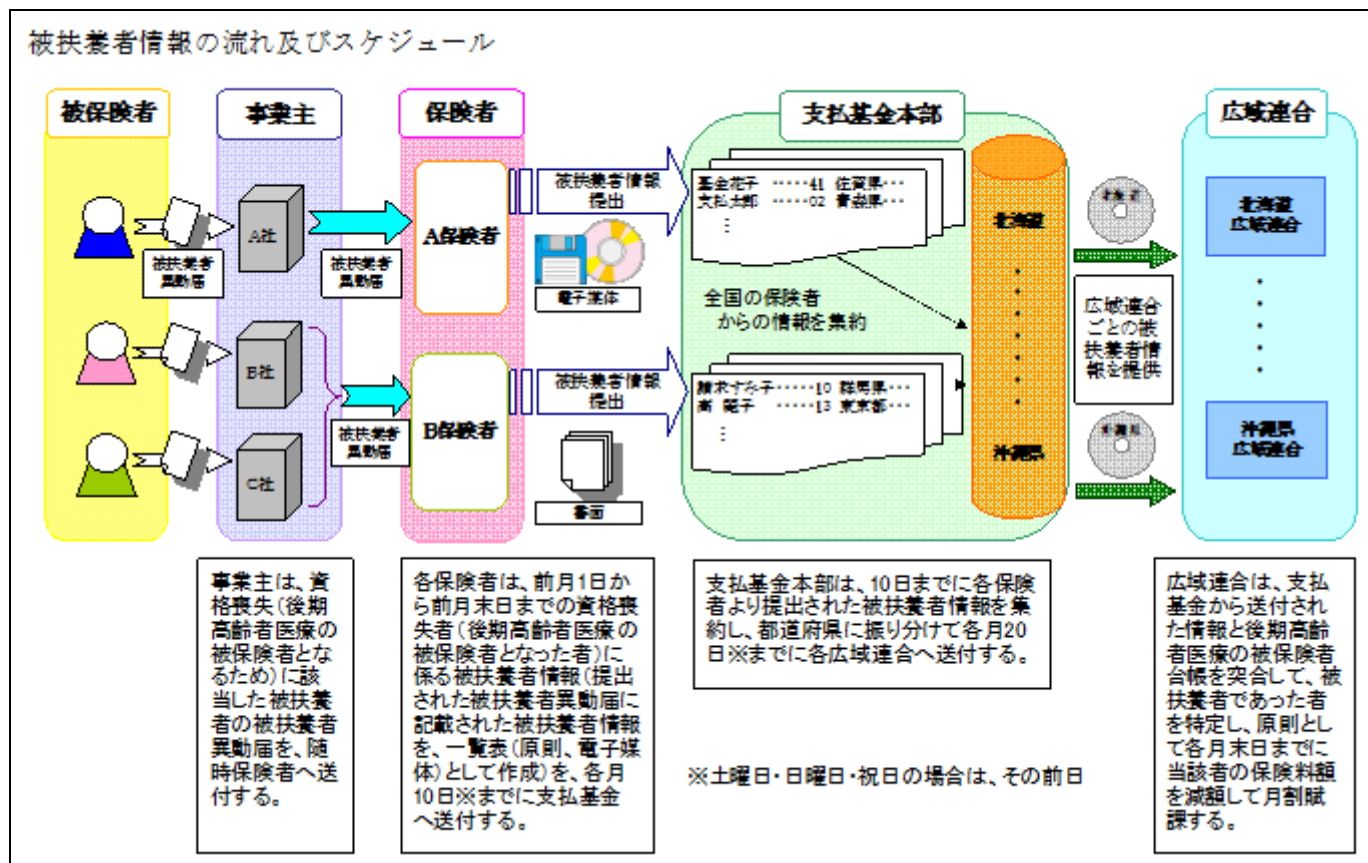


## 被扶養者情報の支払基金への提出について

支払基金では、各保険者から提出された被扶養者情報を集約し、当該被扶養者であった被保険者が居住する都道府県の後期高齢者医療広域連合へ提供しています。

つきましては、以下に記載する被扶養者情報の提出方法等について確認し、提出してください。



### 1 情報提供の対象となる被扶養者

ア 75歳に達し、後期高齢者医療に移行した者が、その前日において、被用者保険の被扶養者であった者。

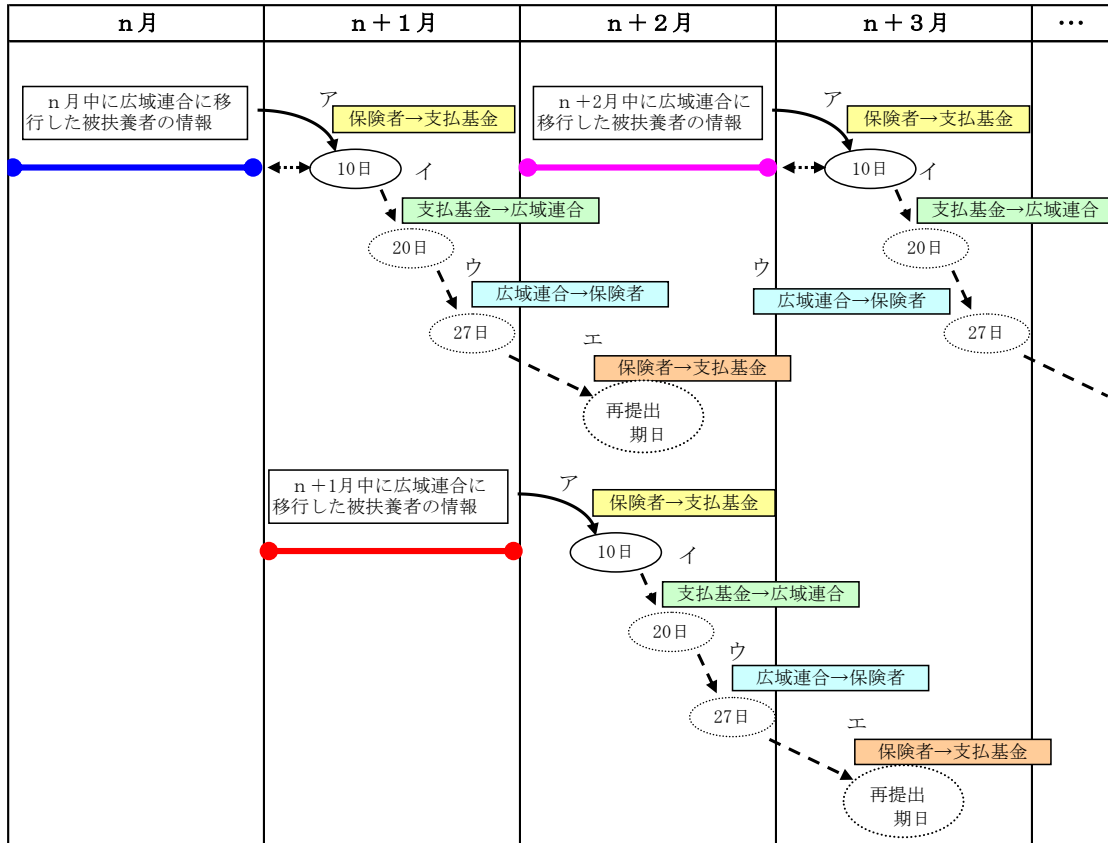
イ 65歳以上75歳未満の者で、障害認定を受け、後期高齢者医療に移行した前日において、被用者保険の被扶養者であった者。

### 2 提出媒体

被扶養者情報の提出媒体は電子媒体（CD、FD）又は紙媒体（「高齢者の医療の確保に関する法律第138条に基づく被扶養者の提供」（扶様式第1号））となっています（原則、電子媒体）。それぞれに応じた送付書（「被扶養者情報送付書・受領書（扶様式第2号）（電子媒体用又は紙媒体用）」）を添付して送付してください。

なお、紙媒体及び送付書の様式については、支払基金ホームページ（<https://www.ssk.or.jp>）「被扶養者情報通知経由事業」ページからダウンロードして使用してください。

### 3 提出スケジュール



**ア 保険者から支払基金への提出**

前月中に後期高齢者医療に移行した被扶養者の情報を、各月10日(※)までに提出してください。

**イ 支払基金から広域連合への提供**

各月20日(※)までに各広域連合へ被扶養者情報を提供しています。

**ウ 広域連合から保険者への照会**

広域連合に提供した情報について、広域連合における照会の結果、被保険者台帳に該当者がいなかった等の場合には、情報提供を行った月の27日(当該日が休日の場合にあっては、翌営業日)までに当該広域連合から保険者へ個別に照会があります。

**エ 保険者から支払基金への再提出**

前ウの照会を受けて、情報の補正が必要な場合は、情報提供を行った月の翌月の再提出期日までに、当該者の補正データを提出してください。

(※) 当日が土曜日、日曜日又は祝日に当たるときは、その前日。

当年度のスケジュールについては、別途掲載の令和6年2月28日付事務連絡「令和6年度における被扶養者情報の提出期日等について」及び「支払基金ホームページトップページ>カレンダー>「年間日程」にてご確認下さい。

#### 4 記載・記録例

紙媒体の記載例と電子媒体の記録例は以下のとおりです。なお、紙媒体への公印の押印は不要です。  
 《紙媒体 記載例》

(扶様式第1号) 保険者一支払基金  
提出日 令和\*\*年\*\*月\*\*日

記載例

高齢者の医療の確保に関する法律第138条に基づく被扶養者情報の提供

押印不要

※保険者番号 0613\*\*\*\*

※保険者名称 基金 健康保険組合

所在地 東京都港区新橋〇丁目〇番〇号

※電話番号 03-\*\*\*\*-\*\*\*\*

※印以外の欄は記載省略可能です。

| 項番 | ※カナ氏名<br>※漢字氏名 | ※生年月日           | ※性別 | 被保険者証<br>記号 | 被保険者証<br>番号 | 被扶養者<br>識別番号 | ※被扶養者<br>資格喪失年月日<br>(西暦) | ※都道府県<br>コード | 被扶養者の住所                       | ※報告区分 |
|----|----------------|-----------------|-----|-------------|-------------|--------------|--------------------------|--------------|-------------------------------|-------|
| 1  | キキン ハナコ        | 明大昭平<br>19.7.2  | 1:男 | 111         | 222         | 333          | 2019年7月2日                | 13           | 〒103-****<br>東京都中央区日本橋〇丁目〇番〇号 | 1:報告  |
|    | 基金花子           |                 | 2:女 |             |             |              |                          |              |                               | 2:取消  |
| 2  | キキン タロウ        | 明大昭平<br>19.5.31 | 1:男 | 444         | 555         | 666          | 2019年5月31日               | 14           | 〒231-****<br>神奈川県中区山下町〇丁目〇番〇号 | 1:報告  |
|    | 基金太郎           |                 | 2:女 |             |             |              |                          |              |                               | 2:取消  |
|    |                | 明大昭平            | 1:男 |             |             |              |                          |              | 〒 -                           | 1:報告  |
|    |                | 明大昭平            | 2:女 |             |             |              |                          |              |                               | 2:取消  |
|    |                | 明大昭平            | 1:男 |             |             |              |                          |              | 〒 -                           | 1:報告  |
|    |                | 明大昭平            | 2:女 |             |             |              |                          |              |                               | 2:取消  |
|    |                | 明大昭平            | 1:男 |             |             |              |                          |              | 〒 -                           | 1:報告  |
|    |                | 明大昭平            | 2:女 |             |             |              |                          |              |                               | 2:取消  |

注 ※は必須項目を表す。

- 「都道府県コード」欄は、被扶養者が居住している都道府県コードを記入すること。なお、都道府県コードは、別添「都道府県コード表」を参照すること。
- 「被扶養者識別番号」欄は、保険者において被扶養者別に固有の統制コードや通し番号を設定している場合に記入する。
- 「報告区分」欄は、被扶養者情報を報告する場合は「1:報告」を○で囲み、報告済みの被扶養者情報を取消する場合は「2:取消」を○で囲む。

|        |     |
|--------|-----|
| 総被扶養者数 | 2 件 |
|--------|-----|

#### 《電子媒体 記録例》

```
KY, 0613****, 基金健康保険組合, 20190801
JH, 1, 0613****, 基金健康保険組合, 03-****-****, 基金花子, 5190703, 2, 13, 103-****, 東京都中央区日本橋〇丁目〇番〇号, 111, 222, 333, 20190703, 1,
JH, 2, 0613****, 基金健康保険組合, 03-****-****, 基金太郎, 5190715, 2, 14, 231-****, 神奈川県中区山下町〇丁目〇番〇号, 444, 555, 666, 20190715, 1,
SY, 2
```

#### 5 電子媒体の暗号化

電子媒体で提出する場合には、暗号化ソフトにて暗号化を行い、提出してください。  
 暗号化ソフトが必要な場合は、支払基金本部（TEL 03-3591-7441）へご連絡下さい。

#### 6 提出先

支払基金本部にて一括で処理をしていますので、下記のあて先に送付してください。

##### 【支払基金本部】

〒105-0004

東京都港区新橋2丁目1番3号

社会保険診療報酬支払基金 財政調整事業部 企画調整課

## 7 送付方法

被扶養者情報は個人情報に当たりますので、簡易書留郵便等の追跡調査可能な手段による送付をお願いします。

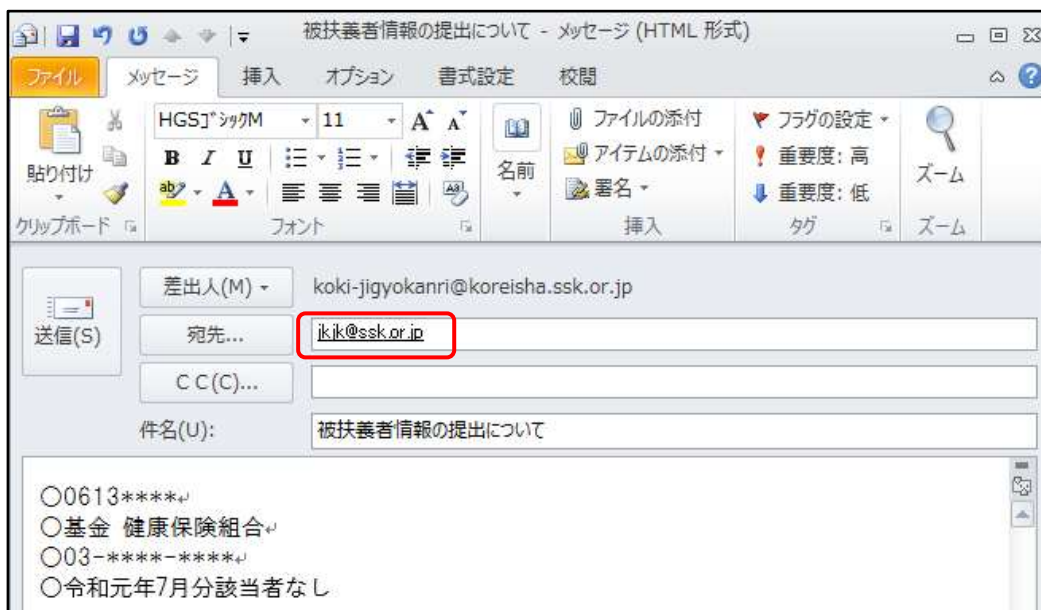
## 8 該当者がいない場合

該当者がいない場合は、電子メールにて提出する方法と、紙媒体を郵送又はファクシミリで提出する方法があります。

### ア 電子メールで提出する場合

電子メールの本文に、保険者番号、保険者名称及び電話番号を記載し、「令和〇年〇月分該当者なし」と明記して、[jk.jk@ssk.or.jp](mailto:jk.jk@ssk.or.jp)へ送信してください。

《該当者なし電子メール 記載例》



### イ 郵送又はファクシミリで提出する場合

紙媒体に、保険者番号、保険者名称、所在地及び電話番号を記載（公印の押印は不要）し、用紙中央の上部余白（標題下の余白）に「令和〇年〇月分該当者なし」と明記の上、郵送（普通郵便で問題ありません）又はファクシミリ（03-3500-3686）で提出してください。

なお、該当者がいない場合については、送付書の添付は必要ありません。

《該当者なし紙媒体 記載例》

|                 |                |                                   |     |             |             |              |                          |              |         |       |
|-----------------|----------------|-----------------------------------|-----|-------------|-------------|--------------|--------------------------|--------------|---------|-------|
| (扶様式第1号)        |                | 保険者一支払基金<br>提出日 令和**年**月**日       |     |             |             |              |                          |              |         |       |
| <b>記載例</b>      |                | 高齢者の医療の確保に関する法律第138条に基づく被扶養者情報の提供 |     |             |             |              |                          |              |         |       |
| 社会保険診療報酬支払基金 御中 |                | <b>令和元年7月分該当者なし</b>               |     |             |             |              |                          |              |         |       |
|                 |                | ※保険者番号 0613****                   |     |             |             |              |                          |              |         |       |
|                 |                | ※保険者名称 基金 健康保険組合                  |     |             |             |              |                          |              |         |       |
|                 |                | ※所在地 東京都港区新橋〇丁目〇番〇号               |     |             |             |              |                          |              |         |       |
|                 |                | ※電話番号 03-****-****                |     |             |             |              |                          |              |         |       |
| 押印不要            |                |                                   |     |             |             |              |                          |              |         |       |
| 項番              | ※カナ氏名<br>※漢字氏名 | ※生年月日                             | ※性別 | 被保険者証<br>記号 | 被保険者証<br>番号 | 被扶養者<br>識別番号 | ※被扶養者<br>資格喪失年月日<br>(西暦) | ※都道府県<br>コード | 被扶養者の住所 | ※報告区分 |
|                 |                | 明<br>大                            | 1:男 |             |             |              |                          |              |         | 1:報告  |

## 9 訂正方法

広域連合からの照会等に基づき提出された被扶養者情報の訂正が必要となった場合は、訂正するための被扶養者情報を提出してください。

### 訂正事例1

既に報告済みの該当者を再度報告してしまったので、取消したい→取消データを作成し、提出してください。

《紙媒体の場合の記載内容》

| 項番 | 世帯主氏名 |     | 世帯主生年月日 | 世帯性別 | 被扶養者証<br>記号 | 被扶養者証<br>番号 | 被扶養者<br>識別番号 | 被扶養者<br>受給開始年月日<br>(高齢) | 世帯通知機<br>コード | 被扶養者の住所                       | 報告区分 |
|----|-------|-----|---------|------|-------------|-------------|--------------|-------------------------|--------------|-------------------------------|------|
|    | 姓     | 名   |         |      |             |             |              |                         |              |                               |      |
| 1  | キキン   | タロウ | 16.5.16 | 1:男  | 444         | 555         | 666          | 2016年5月16日              | 14           | 〒231-****<br>神奈川県中区山下町○丁目○番○号 | 1:報告 |
|    | 基金    | 太郎  |         |      |             |             |              |                         |              |                               | 2:取消 |

取り消したい情報を前回の報告と同じ内容で記載し、報告区分を「2:取消」に。

《電子媒体の場合の記録内容》

KY,0613\*\*\*\*,基金健康保険組合,20160701  
JH,1,0613\*\*\*\*,基金健康保険組合,03-\*\*\*\*-\*\*\*\*,キキンタ,基金太郎,5160516,1,14,231-\*\*\*\*,神奈川県中区山下町○丁目○番○号,444,555,666,20160516,2,  
ST,1

### 訂正事例2

誤った都道府県番号で報告していたので、訂正したい→取消データと、報告データを作成して、提出してください。

《紙媒体の場合の記載内容》

| 項番 | 世帯主氏名 |     | 世帯主生年月日 | 世帯性別 | 被扶養者証<br>記号 | 被扶養者証<br>番号 | 被扶養者<br>識別番号 | 被扶養者<br>受給開始年月日<br>(高齢) | 世帯通知機<br>コード | 被扶養者の住所                     | 報告区分 |
|----|-------|-----|---------|------|-------------|-------------|--------------|-------------------------|--------------|-----------------------------|------|
|    | 姓     | 名   |         |      |             |             |              |                         |              |                             |      |
| 1  | キキン   | ハナコ | 16.5.2  | 1:男  | 111         | 222         | 333          | 2016年5月2日               | 12           | 〒105-****<br>東京都港区新橋○丁目○番○号 | 1:報告 |
|    | 基金    | 花子  |         |      |             |             |              |                         |              |                             | 2:取消 |
| 2  | キキン   | ハナコ | 16.5.2  | 1:男  | 111         | 222         | 333          | 2016年5月2日               | 13           | 〒105-****<br>東京都港区新橋○丁目○番○号 | 1:報告 |
|    | 基金    | 花子  |         |      |             |             |              |                         |              |                             | 2:取消 |

前回の報告(誤っている状態)と同じ内容で記載し、最後の報告区分を「2:取消」に。

正しい内容で記載し、最後の報告区分を「1:報告」に。

《電子媒体の場合の記録内容》

KY,0613\*\*\*\*,基金健康保険組合,20160701  
JH,1,0613\*\*\*\*,基金健康保険組合,03-\*\*\*\*-\*\*\*\*,キキンハ,基金花子,5160502,2,12,105-\*\*\*\*,東京都港区新橋○丁目○番○号,111,222,333,20160502,2,  
JH,2,0613\*\*\*\*,基金健康保険組合,03-\*\*\*\*-\*\*\*\*,キキンハ,基金花子,5160502,2,13,105-\*\*\*\*,東京都港区新橋○丁目○番○号,111,222,333,20160502,1,  
ST,2