

保険者 各位

社会保険診療報酬支払基金  
財政調整事業部

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

平素は社会保険診療報酬支払基金の業務運営につきまして、ご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきましては、「被用者保険の被扶養者であった者に係る情報の提供について」（平成20年2月14日付け保総発第0214003号、保保発第0214002号）第2 通知スケジュール1(2)に基づき、下記のとおりといたしましたので、ご連絡いたします。

記

1 提出期日及び再提出期日

年月	提出期日	再提出期日
令和6年 4月	10日(水)	12日(金)
5月	10日(金)	15日(水)
6月	10日(月)	13日(木)
7月	10日(水)	11日(木)
8月	9日(金)	14日(水)
9月	10日(火)	12日(木)
10月	10日(木)	10日(木)
11月	8日(金)	13日(水)
12月	10日(火)	13日(金)
令和7年 1月	10日(金)	15日(水)
2月	10日(月)	13日(木)
3月	10日(月)	12日(水)

※ 「再提出期日」は、「長寿医療の被保険者となることにより被用者保険の被扶養者でなくなる者に係る事務処理の取扱いについて」（平成20年6月25日付け保総発第0625004号、保保発第0625004号）により設定しています。

2 作成方法

該当者の有無により、下記の方法で作成してください。なお、作成する際は、別添の「紙媒体で提出の保険者の方へ（支払基金からのお知らせ）」及び「電子媒体（CD-R・FD）で提出の保険者の方へ（支払基金からのお知らせ）」を参考にしてください。

- (1) 該当者がいる場合、作成する媒体によりア又はイを参照してください。
  - ア 電子媒体（CD-R・FD）で作成
    - (ア) 報告用データについては、支払基金から配布された「被扶養者データ暗号化ソフト」を使用して暗号化。
    - (イ) データを格納した電子媒体に保険者番号、保険者名称及び提出年月日を記載。
    - (ウ) 「被扶養者情報送付書」（扶様式第2号の1）に必要事項を記載。
  - イ 紙媒体で作成
    - (ア) 「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」（扶様式第1号）に必須項目を記載。なお、公印の押印は不要です。
    - (イ) 「被扶養者情報送付書」（扶様式第2号の2）に必要事項を記載。
- (2) 該当者がいない場合  
「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」（扶様式第1号）に、保険者番号、保険者名称（押印不要）、所在地及び電話番号並びに標題下部の余白に「令和〇年〇月分該当者なし」と記載。

### 3 提出方法

- (1) 該当者がいる場合  
電子媒体（CD-R・FD）又は紙媒体を送付してください。なお、電子媒体・紙媒体のいずれによる提出においても、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。
- (2) 該当者がいない場合  
紙媒体を送付又は電子メールで提出してください。なお、電子メールの場合は、件名を「被扶養者情報の提出について」とし、メール本文に、保険者番号、保険者名称、電話番号及び「令和〇年〇月分該当者なし」と入力の上、送信してください。

### 4 その他

- (1) 所定の様式等については、支払基金ホームページ（トップページ→事業内容→被扶養者情報通知経由事業）に掲載しています。  
（ホームページ URL：<https://www.ssk.or.jp/>）
- (2) 確実に毎月提出いただく必要があることから、「令和6年度の被扶養者情報提出チェックシート」（別添）をご活用いただき、提出の確認をお願いします。

#### 【被扶養者情報の提出先及び問合せ先】

〒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  
直通番号：03-6865-4644 代表番号：03-3591-7441  
FAX：03-3500-3686 メールアドレス：jkjk@ssk.or.jp

紙媒体で提出の保険者の方へ（支払基金からのお知らせ）

提出の際は、次の事項についてご注意ください。

- ① 公印の押印は不要です。
- ② 任意項目の記載は、省略して差し支えありません。（下図、※印のない網掛け部分）
- ③ 都道府県コードと被扶養者の住所（記載した場合）の不一致等の記載誤りが見受けられるため、提出前に確認願います。
- ④ 紙媒体用の被扶養者情報送付書（扶様式第2号の2）に必要事項を記載の上、扶様式第1号に添付願います。

保険者一支払基金  
提出日 令和6年2月1日

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

※保険者番号 0613\*\*\*\*

※保険者名称 基金 健康保険組合

所在地

※電話番号 03-\*\*\*\*-\*\*\*\*

① 公印不要

項番	※カナ氏名 ※漢字氏名	※生年月日	※性別	※被扶養者証 記号	※被扶養者証 番号	※被扶養者 識別番号	※被扶養者 受給開始年月日 (西暦)	※都道府県 コード	※被扶養者の住所	※報告区分
1	キケン ハナコ 基金 花子	明大 24.2.1	1男				2024年2月1日	13	〒 -	1:報告 2:取消
										1:報告 2:取消
										1:報告 2:取消
										1:報告 2:取消
										1:報告 2:取消
										1:報告 2:取消
										1:報告 2:取消
										1:報告 2:取消

②任意項目（網掛け部分）は記載省略可能

③記載内容不一致等の記載誤りに注意

注 ※は必須項目を表す。  
 1 『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。  
 2 『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住所コードや通し番号を設定している場合に記入する。  
 3 『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 件

---

(扶様式第2号の2)

保険者一支払基金  
令和6年2月1日

被扶養者情報送付書（紙媒体用）

社会保険診療報酬支払基金 御中

保険者番号 0613\*\*\*\*

保険者名 基金 健康保険組合

高齢者の医療の確保に関する法律第138条に基づき、  
令和6年1月分の被扶養者情報を送付します。

送付件数	1 件
------	-----

支払基金一保険者  
令和 年 月 日

被扶養者情報受領書（紙媒体用）

保険者番号 \_\_\_\_\_

保険者名 \_\_\_\_\_ 御中

下記のとおり被扶養者

受領件数	
------	--

④送付書（紙媒体用）を添付  
※当該様式を使用する場合は、右側（受領書）の記載は不要です。また、左側（送付書）のみをA4サイズで提出することも可能です。

電子媒体（CD-R・FD）で提出の保険者の方へ（支払基金からのお知らせ）

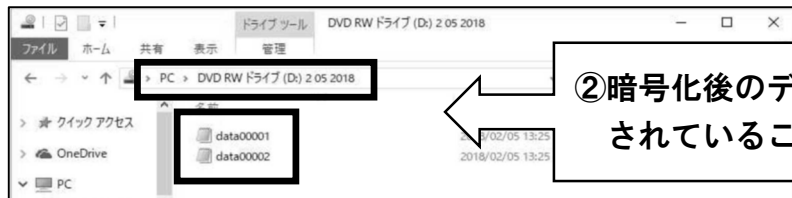
提出の際は、次の事項についてご注意ください。

- ① 提出済みの過去分（前月、1年前など）のデータが再提出されるケースが見受けられるため、データ暗号化前に当月のデータであることを確認願います。
- ② 空データの電子媒体の提出が見受けられるため、暗号化後のデータが電子媒体に格納されていることを確認願います。
- ③ 電子媒体の前面に保険者番号、保険者名称及び提出年月日を記載願います。
- ④ 電子媒体用の被扶養者情報送付書（扶様式第2号の1）に必要事項を記載の上、電子媒体と同封願います。

KY, 0613\*\*\*\*, 基金健康保険組合, 20190801  
 JH, 1, 0613\*\*\*\*, 基金健康保険組合, 03-\*\*\*\*-\*\*\*\*, 扶様式第2号の1  
 JH, 2, 0613\*\*\*\*, 基金健康保険組合, 03-\*\*\*\*-\*\*\*\*, 扶様式第2号の1  
 SY, 2

**①年月日を確認**

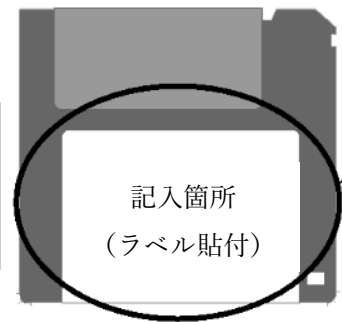
03-\*\*\*\*, 東京都中央区日本橋〇丁目〇番〇号, 111, 222, 333, 20190703, 1,  
 31-\*\*\*\*, 神奈川県中区山下町〇丁目〇番〇号, 444, 555, 666, 20190715, 1,



**②暗号化後のデータが格納されていることを確認**



**③電子媒体に  
保険者番号、保険者名称及び  
提出年月日を記載**



(扶様式第2号の1)  
保険者→支払基金  
令和 6 年 2 月 1 日

被扶養者情報送付書（電子媒体用）

社会保険診療報酬支払基金 御中

保険者番号 0613\*\*\*\*  
 保険者名 基金 健康保険組合

高齢者の医療の確保に関する法律第138条に基づき、令和6年1月分に係る被扶養者情報記録媒体を送付します。

送付枚数	1 枚
------	-----

支払基金→保険者  
令和 年 月 日

被扶養者情報受領書（電子媒体用）

保険者番号 \_\_\_\_\_  
 保険者名 \_\_\_\_\_ 御中

社会保険診療報酬支払基金

下記のとお

受領

**④送付書（電子媒体用）を添付**  
 ※当該様式を使用する場合は、右側（受領書）の記載は不要です。また、左側（送付書）のみをA4サイズで提出することも可能です。

令和6年度の被扶養者情報提出チェックシート

○ 毎月の提出時の確認にご活用ください。

年月	提出期日	提出チェック		再提出期日	提出チェック 【発送済か】
		該当あり 【発送済か】	該当なし 【メール等済か】		
令和6年4月	10日(水)		メール ・ FAX ・ 発送	12日(金)	
5月	10日(金)		メール ・ FAX ・ 発送	15日(水)	
6月	10日(月)		メール ・ FAX ・ 発送	13日(木)	
7月	10日(水)		メール ・ FAX ・ 発送	11日(木)	
8月	9日(金)		メール ・ FAX ・ 発送	14日(水)	
9月	10日(火)		メール ・ FAX ・ 発送	12日(木)	
10月	10日(木)		メール ・ FAX ・ 発送	10日(木)	
11月	8日(金)		メール ・ FAX ・ 発送	13日(水)	
12月	10日(火)		メール ・ FAX ・ 発送	13日(金)	
令和7年1月	10日(金)		メール ・ FAX ・ 発送	15日(水)	
2月	10日(月)		メール ・ FAX ・ 発送	13日(木)	
3月	10日(月)		メール ・ FAX ・ 発送	12日(水)	