

重 要 性 分 類 IV  
事 務 連 絡  
令 和 8 年 2 月 25 日

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 8 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 の 1 の (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 8 年 4 月	10 日 (金)	15 日 (水)
5 月	8 日 (金)	13 日 (水)
6 月	10 日 (水)	12 日 (金)
7 月	10 日 (金)	10 日 (金)
8 月	10 日 (月)	13 日 (木)
9 月	10 日 (木)	11 日 (金)
10 月	9 日 (金)	14 日 (水)
11 月	10 日 (火)	13 日 (金)
12 月	10 日 (木)	11 日 (金)
令 和 9 年 1 月	8 日 (金)	13 日 (水)
2 月	10 日 (水)	12 日 (金)
3 月	10 日 (水)	12 日 (金)

※ 「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

(1) 該当者がいる場合、ア又はイにより作成してください。

### ア 電子媒体（CD-R・FD）

(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」を使用して暗号化してください。

(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してください。

なお、CD-Rについては、媒体読み込みの際に支障をきたす恐れがあることから、ラベル等を貼付せずレーベル面にフェルトペンで直接記入願います。

(ウ) 「被扶養者情報送付書」（扶様式第2号の1）に必要事項を記載してください。

### イ 紙媒体

(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）に必須項目を記載してください。

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）に必要事項を記載してください。

(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○年○月分該当者なし」と記載してください。

## 3 提出方法

(1) 該当者がいる場合

電子媒体（CD-R・FD）又は紙媒体を郵送・配送又は持参により提出してください。

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、郵送・配送の場合は、簡易書留郵便等の追跡調査可能な手段による送付を推奨します。

(2) 該当者がいない場合

紙媒体を郵送・配送、持参又はファクシミリにより提出してください。

なお、電子メールによる提出も可能です。

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○年○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（ホームページ URL：<https://www.ssk.or.jp/>）に掲載されています。  
ア トップページ→保険者・自治体の方→その他\_様式集（保険者の方）→8. 被扶養者情報  
イ トップページ→高齢者医療・介護保険・特定B型肝炎→被扶養者情報通知経由事業→提出方法
- (2) 前2及び3について、別添1「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）」及び別添2「紙媒体で提出の保険者の方へ（支払基金からのお知らせ）」に留意点をまとめましたので、ご参照ください。
- (3) 毎月の提出については、別添3「令和8年度の被扶養者情報提出チェックシート」をご活用いただき、提出もれにご注意ください。

#### 【被扶養者情報の提出先及び照会先】

社会保険診療報酬支払基金

財政調整事業部 企画調整課 企画・管理係

直通番号 03-6865-4308

直通番号 03-6865-4643

代表番号 03-3591-7441

F A X 03-3500-3686

E - m a i l jkjk@ssk.or.jp

## 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留意願います。

- 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。

### 【記録例】

KY, 0613\*\*\*\*, 基金健康保険組合, 20260201  
JH, 1, 0613\*\*\*\*, 基金健康保険組合, 03-\*\*\*\*-\*\*\*\*, 株式会社, 基金花子, 5260101, 20260201, 13, 10-\*\*\*\*  
JH, 2, 0613\*\*\*\*, 基金健康保険組合, 03-\*\*\*\*-\*\*\*\*, 株式会社, 基金太郎, 5260115, 114, 231-\*\*\*\*, 444, 555, 666, 20260101, 1  
SY,

①年月日を確認

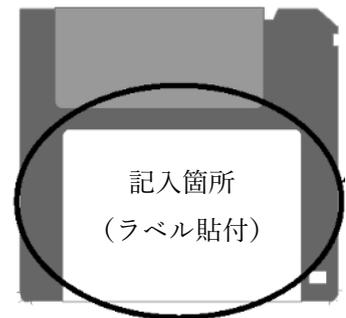
### 【ファイル格納例】



### 【電子媒体の記入例】



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  
（CD-Rについては、ラベルを貼付せず、レーベル面にフェルトペンで直接記入願います。）



被扶養者情報送付書（電子媒体用）		被扶養者情報受領書（電子媒体用）	
令和 8 年 2 月 1 日		令和 年 月 日	
社会保険診療報酬支払基金 御中		社会保険診療報酬支払基金 御中	
保険者番号 0613****		保険者番号	
保険者名 基金健康保険組合		保険者名	
高齢者の医療の確保に関する法律第138条に基づき、令和8年1月分に係る被扶養者情報記録媒体を送付します。		下記のとおり被扶養者情報記録媒体を受領しました。	
送付枚数	1 枚	受領枚数	枚
		受領印	

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。

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留意願います。

- ① 公印の押印は不要です。
- ② ※印の欄は、必須項目ですので記載漏れがないよう確認願います。  
なお、※印以外の欄は、記載省略可能です。
- 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。（不一致の記載誤り事例は下記のとおりとなりますので注意願います。）
- 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。

(扶様式第1号)

保険者→支払基金  
提出日 令和8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

①押印不要

②※印以外の欄は、記載省略可能

※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 ( ) \_\_\_\_\_

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 資格喪失年月日 (西暦)	※都道府 県 コード	被扶養者の住所	※報告区分
1	キギン ハナコ 基金花子	明大昭平 26.1.1	1:男 2:女				2026年1月1日	13	〒 -	1:報告 2:取消
		平大昭平	2:女							2:取消
		明大昭平	1:男							
		平大昭平	2:女							
		明大昭平	1:男							
		平大昭平	2:女							2:取消

②※印の部分は、必須項目のため記載漏れに注意

③【不一致の記載誤り事例】

- ・ 都道府県コードと被扶養者の住所（記載した場合）
- ・ 生年月日と資格喪失年月日
- ・ 氏名と性別

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続柄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→支払基金  
令和8年2月1日

支払基金→保険者  
令和 年 月 日

被扶養者情報送付書（紙媒体用）

被扶養者情報受領書（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8年1月分の被扶養者情報を送付します。

送付件数 1 件

社会保険診療報酬支払基金 御中

保険者番号 \_\_\_\_\_  
保険者名 \_\_\_\_\_

下記のとおりの被扶養者情報を受領しました。

受領件数 \_\_\_\_\_ 件

受領印

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。

### 令和8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	※ 再提出分がある場合 提出チェック 【発送したか】
		該当あり 【発送したか】	該当なし 【メール等の対応したか】		
令和8年4月	10日(金)		メール ・ FAX ・ 発送	15日(水)	
5月	8日(金)		メール ・ FAX ・ 発送	13日(水)	
6月	10日(水)		メール ・ FAX ・ 発送	12日(金)	
7月	10日(金)		メール ・ FAX ・ 発送	10日(金)	
8月	10日(月)		メール ・ FAX ・ 発送	13日(木)	
9月	10日(木)		メール ・ FAX ・ 発送	11日(金)	
10月	9日(金)		メール ・ FAX ・ 発送	14日(水)	
11月	10日(火)		メール ・ FAX ・ 発送	13日(金)	
12月	10日(木)		メール ・ FAX ・ 発送	11日(金)	
令和9年1月	8日(金)		メール ・ FAX ・ 発送	13日(水)	
2月	10日(水)		メール ・ FAX ・ 発送	12日(金)	
3月	10日(水)		メール ・ FAX ・ 発送	12日(金)	