

【令和4年1月1日から改正される健康保険法等について】

令和4年1月1日から「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和3年法律第66号）」の一部が施行されることに伴い、健康保険法等の「傷病手当金に関する事項」「任意継続被保険者に関する事項」が改正されます。

また、出産育児一時金支給額の見直しに関する健康保険法施行令の一部が改正されることに伴い、出産育児一時金の支給額の内訳が変更となります。

1. 傷病手当金の支給期間が通算化されます

これまで、傷病手当金の支給期間は「支給を始めた日から起算して1年6か月を超えないもの（期限による満了）」とされていましたが、令和4年1月1日からは、「支給を始めた日から通算して1年6か月（日数による満了）」に改正されます。

なお、この改正に伴い、令和3年12月31日時点で、支給を始めた日から起算して1年6か月を経過していない傷病手当金（令和2年7月2日以降に支給を始めた傷病手当金）についても、本改正は適用されます。

詳細につきましては別紙1をご覧ください。

2. 任意継続被保険者の資格喪失事由が追加されます

任意継続被保険者が、任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を保険者に申し出た場合、その申出が受理された日の属する月の翌月1日に、任意継続被保険者の資格を喪失します。

この事由による資格喪失の申し出につきましては、別紙2「健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書」を健康保険組合へ提出することが必要となります。

（例：1月15日に健康保険組合が「健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書」を受理した場合、2月1日に任意継続被保険者の資格を喪失します。）

3. 出産育児一時金の支給額の内訳が変更されます

産科医療補償制度の掛金が16,000円から12,000円に引き下げられ、健康保険法施行令第36条第1項に定められる出産育児一時金等の金額は404,000円から408,000円に引き上げられます。このため、①産科医療補償制度に加入の医療機関等で妊娠週数22週以降に出産した場合は、1児につき420,000円（総額に変更はありません。）、②産科医療補償制度に未加入の医療機関等で出産した場合は、1児につき408,000円、③産科医療補償制度に加入の医療機関等で妊娠週数22週未満で出産した場合は、1児につき408,000円が支給されます。

令和4年1月1日から

健康保険の傷病手当金の支給期間が通算化されます

治療と仕事の両立の観点から、より柔軟な所得保障ができるよう、「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和3年法律第66号）」により健康保険法等が改正されました。

この改正により令和4年1月1日から、傷病手当金の支給期間が通算化されます。

改正のポイント

● 傷病手当金の支給期間が、支給開始日から「通算して1年6か月」になります。

- ・ 同一のケガや病気に関する傷病手当金の支給期間が、支給開始日から通算して1年6か月に達する日まで対象となります。
- ・ 支給期間中に途中で就労するなど、傷病手当金が支給されない期間がある場合には、支給開始日から起算して1年6か月を超えても、繰り越して支給可能になります。

● この改正は、令和4年1月1日から施行されます。

- ・ 令和3年12月31日時点で、支給開始日から起算して1年6か月を経過していない傷病手当金（令和2年7月2日以降に支給が開始された傷病手当金）が対象です。

支給期間の考え方

現行の傷病手当金の支給期間

療養期間		療養期間		療養期間	
出勤	欠勤	欠勤	出勤	欠勤	出勤
	待期間	支給	不支給	支給	不支給
		← 1年6か月 →			

※支給開始日から起算して1年6か月経過後は不支給

改正後の傷病手当金の支給期間

療養期間		療養期間		療養期間	
出勤	欠勤	欠勤	出勤	欠勤	出勤
	待期間	支給	不支給	支給	支給
		← 通算1年6か月 →			

※支給開始日から通算して1年6か月まで支給

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者証の 記号 番号	記号 300 番号
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
氏 名	
住 所	(〒 -)
電 話 番 号	
被保険者のマイナンバー記載欄(被保険者証の記号番号を記載した場合は記入不要です) No.	

次のとおり申し出ます。

資格喪失年月日	令和 年 月 日
資格喪失事由	次のア～ウの該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください。
	<p>ア 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため。</p> <p>(1) 取得した健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 ()</p> <p>(2) 適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地 名 称 () 所在地 ()</p> <p>(3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p> <p>※任意継続の被保険者証を添付の上ご提出ください。</p>
	<p>イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため。</p> <p>(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 ()</p> <p>(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 (後期高齢者医療広域連合)</p> <p>(3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p> <p>※任意継続の被保険者証を添付の上ご提出ください。</p>
	<p>ウ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため。</p> <p>※申出書が受理された日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。 資格喪失後、任意継続の被保険者証を当健康保険組合へご返納ください。 ※申出後の取り消しはできません。</p>

(R4.1)