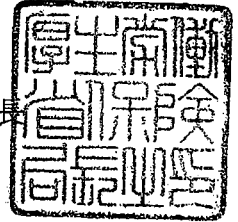


保発0328第3号
平成26年3月28日

全国健康保険協会理事長 殿

厚生労働省保険局長



全国健康保険協会が行う立入検査等の認可処理要領の改正について

全国健康保険協会が行う立入検査等については、平成25年5月31日保発0531第11号「全国健康保険協会が行う立入検査等の認可処理要領について」をもって通知しているところであるが、今般、別添のとおり改正することとしたので、遺漏なきを期されたい。

なお、改正後の要領に基づく取扱いについては、平成26年4月1日より実施する。

全国健康保険協会が行う立入検査等の認可処理要領

I 地方厚生局長等が行う認可について

健康保険法（大正11年法律第70号。以下「健保法」という。）第204条の7第1項及び船員保険法（昭和14年法律第73号。以下「船保法」という。）第153条の6の2第1項の規定に基づき全国健康保険協会（以下「協会」という。）が行う健保法第198条第1項及び船保法第146条第1項に規定する立入検査等の実施に係る健保法第204条の8第1項及び船保法第153条の6の3第1項の規定による地方厚生局長及び地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）が行う認可については、この要領によるものとする。

II 認可に係る審査方法等について

1 審査対象

事業主及び船舶所有者（以下「事業主等」という。）に対して、協会の職員が行う保険給付に関する立入検査等を審査対象とすること。

2 審査方法

全国健康保険協会都道府県支部及び本部船員保険部（以下「協会支部等」という。）から地方厚生局長等へ認可申請書（様式1）及び認可申請リスト（様式1-2）が提出されたときは、記載内容について次により審査を行うものとする。

なお、協会支部等はその所在地のある都道府県を管轄区域とする地方厚生（支）局へ提出することとする。

(1) 調査対象事業所名称、調査対象事業主等名及び調査対象事業所所在地について

認可申請リスト（様式1-2）に、調査対象とする事業所の名称、事業主等の氏名及び事業所の所在地が記載されているか確認することとする。

(2) 調査対象被保険者等及び調査対象保険給付種類について

認可申請リスト（様式1-2）に、調査対象とする被保険者等の氏名及び保険給付の種類が記載されているか確認することとする。

(3) 立入検査等を実施するに至った経緯について

認可申請リスト（様式1-2）に立入検査等を実施するに至った経緯が簡潔に記載されているか確認することとする（記載内容が不明確な場合は、協会支部等に確認することとする）。

(4) 再認可申請について

認可の有効期間満了による再認可申請については、認可申請リスト（様

式1-2)の再認可申請分欄に○が記入されており、備考欄に前回の認可通知年月日及び再認可申請の理由が記載されているか確認することとする。

3 認可書の交付

(1) 地方厚生局長等

認可書(様式2)は、認可リスト(様式2-2)を付して、決裁了後公印を押印のうえ協会支部等あてに送付することとする。

(2) 協会支部等

地方厚生局長等から送付された認可書一式は、協会支部等で保管することとし、協会支部等は、協会本部にその写しを送付することとする。

4 認可の有効期間

認可の有効期間は、認可通知日の属する月の翌月1日から起算して6か月間とするものとする。

例) 認可有効期間起算日が7月1日の場合、認可有効期間満了日は12月末日となる。

5 認可申請に係るスケジュール

(1) 認可申請のスケジュールについては、次の表によることとする(期限が土曜日、日曜日又は祝日にあたる場合は、その前営業日)。

協会支部等から地方厚生局長等への認可申請期限	地方厚生局長等から協会支部等への認可通知期限
毎月15日	毎月25日

(2) 認可申請に当たっては、認可申請日が属する月の翌月から立入検査等を行う予定のものについて申請をすることとする。

(3) 緊急を要する認可申請については、以下によることとする。

① 協会支部等は、認可申請書一式の写しを地方厚生局長等にメールで送付するとともに、正本を直ちに送付することとする。

なお、認可申請リストの備考欄に、緊急を要する理由を記入することとする。

② 地方厚生局長等は、認可申請書一式の写しを受領した当日中に、記載内容について審査を行い、認可をすべきと認めた時には、同日中に認可書一式の写しを協会支部等にメールで送付するとともに、正本を直ちに送付することとする(認可通知書の日付は同日付とすることとする)。

なお、認可有効期間は、4の規定にかかわらず、認可通知日から起算して6か月間とするものとする。

6 認可済の事業主等の事業所の所在地が変更となった場合

(1) 認可済の事業主等の事業所が、所在地の変更により他の協会支部等管

内の事業所となった場合、変更前の所在地を管内とする協会支部等（以下「変更前管轄協会支部等」という。）は、地方厚生局長等に対して様式3を速やかに送付することとする。

また、変更前管轄協会支部等は、変更後の所在地を管内とする協会支部等（以下「変更後管轄協会支部等」という。）に対して、当該事業主等に係る引継を行うとともに、様式3の写しを協会本部に送付することとする。

なお、変更後管轄協会支部等においては、当該事業主等に対する新たな認可申請は要しないこととする。

- (2) 変更前管轄協会支部等を管轄する地方厚生局長等と変更後管轄協会支部等を管轄する地方厚生局長等が異なる場合は、変更前管轄協会支部等からそれぞれの地方厚生局長等に対して、様式3を送付することとする。

例) 東京支部管内の事業所が所在地の変更により大阪支部管内の事業所となった場合、東京支部は関東信越厚生局長及び近畿厚生局長に対して、様式3を送付する。

7 協会支部等から地方厚生局長等への立入検査等実施状況の報告

- (1) 立入検査等の実施状況については、①認可有効期間が満了した時点での実施状況（以下「結果報告」という。）を様式4、様式4-2及び様式4-3により、②年度（4月～翌年3月認可通知分）の実施状況（以下「年度報告」という。）を様式5及び様式5-2により協会支部等から地方厚生局長等あて報告することとし、立入検査等が適正に実施されているか確認することとする。

また、協会支部等は、結果報告の写し及び年度報告の写しを協会本部に送付することとし、協会本部は立入検査等の実施状況を把握することとする。

- (2) 各報告のスケジュールについては、次の各表によることとする（期限が土曜日、日曜日又は祝日にあたる場合は、その前営業日）。

① 結果報告

協会支部等から地方厚生局長等への報告期限
認可有効期間満了日の属する月の翌月末日※

② 年度報告

協会支部等から地方厚生局長等への報告期限
翌年度の11月20日

※緊急を要する認可申請に係る認可において、認可有効期間起算日が1日となる場合は、認可有効期間満了日の属する月の翌々月末日

8 地方厚生局長等から厚生労働大臣への立入検査等実施状況の送付

協会支部等からの結果報告及び年度報告については、それぞれについて、様式6及び様式6-2並びに様式7及び様式7-1にとりまとめたうえ、厚生労働大臣に送付することとする。

なお、各送付のスケジュールについては、次の各表によることとする。

と（期限が土曜日、日曜日又は祝日にあたる場合は、その前営業日）。

① 結果報告のとりまとめの送付

地方厚生局長等から厚生労働大臣への送付期限

協会支部等からの結果報告の期限の属する月の翌月の10日

② 年度報告のとりまとめの送付

地方厚生局長等から厚生労働大臣への送付期限

協会支部等からの年度報告の期限の属する月の翌月の10日

(文 書 番 号)

(申 請 年 月 日)

〇〇厚生(支)局長 殿

全国健康保険協会

〇〇支部長 印

立入検査等に係る認可について(申請)

健康保険法第198条第1項及び船員保険法第146条第1項の規定に基づく立入検査等の実施にあたり、別添のとおり認可申請リストを付して認可申請する。

※本文中の条文については、申請内容に合わせ適宜変更のうえ使用すること。

(例:船舶所有者のみの認可申請の場合、船員保険法の条文のみに変更)

【照会先】

全国健康保険協会〇〇支部
〇〇グループ 担当:〇〇
Tel:00-0000-0000

平成〇〇年〇〇月認可申請リスト(平成〇〇年〇〇月以降立入検査等実施予定)

【全国健康保険協会〇〇支部】

No.	調査対象 事業所名称	調査対象 事業主等名	調査対象 事業所所在地	調査対象 被保険者等	調査対象 保険給付種類	立入検査等を実施するに 至った経緯	再認可 申請分	備考
1	A事業所	〇〇〇〇	東京都千代田区〇〇町〇-〇-〇	〇〇〇〇	傷病手当金	相当高額の標準報酬月額による随時改定後、短時間のうちに傷病手当金の支給申請を行っているため。		
2	B事業所	〇〇〇〇	東京都足立区〇〇町〇-〇-〇	〇〇〇〇	出産手当金	臨月間近にある女性が資格取得後、短時間のうちに出産手当金の支給申請を行っているため。		
3	C事業所	〇〇〇〇	東京都杉並区〇〇町〇-〇-〇	〇〇〇〇	傷病手当金	傷病手当金申請書に記載の勤務状況について、出勤簿の内容と大きな相違があることが判明したため。	○	・平成〇年〇月〇日付認可通知分 ・事業主との接触に時間を要し、認可有効期間内の実施について日程調整ができなかったため。
4	D事業所	〇〇〇〇	東京都立川市〇〇町〇-〇-〇	〇〇〇〇	傷病手当金	平成〇年〇月〇日、従業員から出産手当金の申請内容について不正があるとの情報提供があったため。		
5	E事業所	〇〇〇〇	東京都府中市〇〇町〇-〇-〇	〇〇〇〇	傷病手当金	平成〇年〇月〇日、元従業員から受給していた傷病手当金の金額について不正があるとの情報提供があったため。		

注1) 認可済の事業主等について、認可有効期間内に立入検査等が実施できなかったため又は立入検査等を継続する必要性が生じたため、再び認可申請をするものについては、再認可申請分欄に○を記入すること。なお、前回の認可通知年月日及び再認可申請の理由を備考欄に記入すること。

注2) 緊急を要する認可申請については、緊急を要する理由を備考欄に記入すること。

(文 書 番 号)

(発 出 年 月 日)

全国健康保険協会

〇〇支部長 殿

〇〇厚生(支)局長 ⑧

認 可 書

(申請年月日)(文書番号)で申請のあった健康保険法第198条第1項及び船員保険法第146条第1項の規定に基づく立入検査等の実施については、健康保険法第204条の8第1項及び船員保険法第153条の6の3第1項の規定に基づき、下記のとおり認可する。

記

・認可有効期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日から起算して6か月間

・立入検査等の対象 別添のとおり

※本文中の条文については、申請内容に合わせて適宜変更のうえ使用すること。

(例:船舶所有者のみの認可申請の場合、船員保険法の条文のみに変更)

平成〇〇年〇〇月認可リスト

【全国健康保険協会〇〇支部】

No.	調査対象 事業所名称	調査対象 事業主等名	調査対象 事業所所在地	調査対象 被保険者等	調査対象 保険給付種類	再認可 申請分	備考
1	A事業所	〇〇〇〇	東京都千代田区〇〇町〇-〇-〇	〇〇〇〇	傷病手当金		
2	B事業所	〇〇〇〇	東京都足立区〇〇町〇-〇-〇	〇〇〇〇	出産手当金		
3	C事業所	〇〇〇〇	東京都杉並区〇〇町〇-〇-〇	〇〇〇〇	傷病手当金	〇	
4	D事業所	〇〇〇〇	東京都立川市〇〇町〇-〇-〇	〇〇〇〇	傷病手当金		
5	E事業所	〇〇〇〇	東京都府中市〇〇町〇-〇-〇	〇〇〇〇	傷病手当金		

(文書番号)

(発出年月日)

〇〇厚生(支)局長 殿

全国健康保険協会

〇〇支部長 印

認可済事業主等の事業所の所在地の変更について

(発出年月日)(文書番号)により立入検査等を行うことが認可された事業主等について、下記のとおり事業所の所在地が変更となったので連絡する。

- | | |
|--------------|-----------------------|
| ・事業所名称 | 株式会社〇〇〇〇 |
| ・事業主等名 | 〇〇 〇〇 |
| ・事業所所在地(変更前) | 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 |
| ・事業所所在地(変更後) | △△県△△市△△町△-△-△ |
| ・変更前管轄協会支部等 | 〇〇支部 |
| ・変更後管轄協会支部等 | △△支部 |
| ・認可した地方厚生局長等 | 〇〇厚生(支)局長 |
| ・認可有効期間 | 平成〇〇年〇〇月〇〇日から起算して6か月間 |

【照会先】

全国健康保険協会〇〇支部
〇〇グループ 担当:〇〇
Tel:00-0000-0000

(文 書 番 号)

(報 告 年 月 日)

〇〇厚生(支)局長 殿

全国健康保険協会

〇〇支部長 印

立入検査等に係る実施状況(平成〇〇年〇〇月認可通知分)について(報告)

立入検査等に係る実施状況(平成〇〇年〇〇月認可通知分)について、別添のとおり結果報告総括表及び結果報告リストを付して報告する。

【照会先】

全国健康保険協会〇〇支部
〇〇グループ 担当:〇〇
TEL:00-0000-0000

立入検査等結果報告総括表（平成〇〇年〇〇月認可通知分）

協会支部等の名称	立入検査等 認可件数 ①	立入検査等 実施等件数 ②(=③+④+⑤)	事業主等に対する指摘		立入検査等 実施済件数 ③(=A+B)	立入検査等 実施不能件数 (事業主等が行方不明等) ④	立入検査等 未実施件数 ⑤	事業主等に対する指摘有の場合に係る保険給付の種類 ⑥			備考
			事業主等に 対する指摘 有 A	事業主等に 対する指摘 無 B				傷病手当金	出産手当金	その他	
			〇〇支部	5				5	2	1	

注1) 認可通知月ごとの結果報告となるため、「立入検査等認可件数①」と「立入検査等実施等件数②」は一致すること。

注2) 「立入検査等実施等件数②」については、様式4-3に記載の事業主等の件数を計上すること。

注3) 「立入検査等実施済件数③」、「立入検査等実施不能件数(事業主等が行方不明等)④」、「立入検査等未実施件数⑤」及び「事業主等に対する指摘有の場合に係る保険給付の種類⑥」については、様式4-3の各欄に記入された〇の数の合計を計上すること。なお、⑥の「その他」に件数を記入した場合は、備考欄に当該保険給付の種類を記載すること。

注4) 注1～注3の事項にかかわらず、他の協会支部等への事業所の引継をしたものは計上しないこと。

立入検査等結果報告リスト(平成〇〇年〇〇月認可通知分)

【全国健康保険協会〇〇支部】

No.	調査対象 事業所名称 ①	調査対象 事業主等名 ②	調査対象 事業所所在地 ③	調査対象 被保険者等 ④	調査対象 保険給付種類 ⑤	立入検査等 認可通知年月日 ⑥	立入検査等 実施年月日 ⑦	実施済の 立入検査等の結果 ⑧		実施不能の 立入検査等 (事業主等が行方不明等) ⑨	未実施の 立入検査等 ⑩	再認可申請 の有無 ⑪		⑨、⑩又は⑪の理由 ⑫	備 考
								事業主等 に対する指摘 有	事業主等 に対する指摘 無			認可有効 期間満了	調査継続 が必要		
1	A事業所	〇〇 〇〇	東京都中央区〇〇町〇-〇-〇	〇〇 〇〇	傷病手当金	平成〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日	○					○	〇月〇日立入検査等を実施したところ、〇〇〇〇のため、引き続き調査が必要である(平成〇年〇月再認可申請予定)。	
2	B事業所	〇〇 〇〇	東京都世田谷区〇〇町〇-〇-〇	〇〇 〇〇	傷病手当金	平成〇年〇月〇日				○				〇月〇日登記簿上の所在地へ赴くも事業所なし。調査するも移転先不明。	
3	C事業所	〇〇 〇〇	東京都板橋区〇〇町〇-〇-〇	〇〇 〇〇	傷病手当金	平成〇年〇月〇日					○	○		事業主との接触に時間を要し、認可有効期限内の実施の日程調整ができなかったため(平成〇年〇月再認可申請予定)。	
4	D事業所	〇〇 〇〇	東京都武蔵野市〇〇町〇-〇-〇	〇〇 〇〇	傷病手当金	平成〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日		○						平成〇年〇月〇日、△△支部から引継
5	E事業所	〇〇 〇〇	東京都町田市〇〇町〇-〇-〇	〇〇 〇〇	埋葬料	平成〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日	○							
6	F事業所	〇〇 〇〇	東京都青梅市〇〇町〇-〇-〇	〇〇 〇〇	出産手当金	平成〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日								平成〇年〇月〇日、◇◇支部へ引継

注1) 本リストについては、認可リスト(様式2-2)から、本リストの①～⑤に対応する記載部分を転記のうえ作成し、⑥～⑫はその実績等を記載すること。

なお、他の協会支部等からの事業所の引継があったものは追記のうえ備考欄に「平成〇年〇月〇日、△△支部から引継」と記載し、他の協会支部等への事業所の引継をしたものは①～⑫に斜線を引いたうえ備考欄に「平成〇年〇月〇日、◇◇支部へ引継」と記載すること。

注2) 「立入検査等実施年月日⑦」については、同一の調査対象に複数回にわたって立入検査等を実施した場合は最終の立入検査等を実施した年月日を記載すること。

注3) 「実施済の立入検査等の結果⑧」については、該当する欄に「○」を記入すること。なお、「事業主等に対する指摘有」は、調査した保険給付に関して不正等の事実が確認できた場合とする。

注4) 「実施不能の立入検査等(事業主等が行方不明等)⑨」については、該当する場合に○を記入すること。なお、該当した場合は「⑨、⑩又は⑪の理由⑫」に理由を具体的に記載すること。

注5) 「未実施の立入検査等⑩」については、該当する場合に○を記入すること。なお、該当した場合は「⑨、⑩又は⑪の理由⑫」に理由を具体的に記載すること。

注6) 「再認可申請の有無⑪」については、該当する場合、該当欄に○を記入すること。なお、該当した場合は「⑨、⑩又は⑪の理由⑫」に具体的な理由及び再認可申請予定時期を記載すること。

(文 書 番 号)

(報 告 年 月 日)

〇〇厚生(支)局長 殿

全国健康保険協会

〇〇支部長 印

立入検査等に係る実施状況(平成〇〇年度分)
について(報告)

平成〇〇年度における立入検査等に係る実施状況(平成〇〇年4月～平成〇〇年3月認可通知分)について、別添のとおり年度報告整理表を付して報告する。

【照会先】

全国健康保険協会〇〇支部
〇〇グループ 担当:〇〇
Tel:00-0000-0000

平成〇〇年度 立入検査等年度報告整理表（平成〇〇年4月～平成〇〇年3月認可通知分）

【全国健康保険協会〇〇支部】

認可通知月	立入検査等 認可件数 ①	立入検査等 実施等件数 ②(=③+④+⑤)	事業主等に対する指摘		立入検査等 実施済件数 ③(=A+B)	立入検査等 実施不能件数 (事業主等が行方不明等) ④	立入検査等 未実施件数 ⑤	事業主等に対する指摘有の 場合に係る保険給付の種類 ⑥			備考
			事業主等 に対する指摘 有 A	事業主等 に対する指摘 無 B				傷病手当金	出産手当金	その他	
			平成〇〇年4月	5				5	2	1	
5月	3	3	2	0	2	0	1	1	0		
6月											
7月											
8月											
9月											
10月											
11月											
12月											
平成〇〇年1月											
2月											
3月											
合計	8	8	4	1	5	1	2	1	1	埋葬料1件	

注1) 年度整理表は、4月から翌年3月までの認可通知分に係る実施状況を全て計上することとなるため、「立入検査等認可件数①」及び「立入検査等実施等件数②」は一致すること。

注2) 認可通知月ごとの様式4-2の記載内容の年度集計であり、計数等の整合に注意すること。なお、⑥欄の「その他」に件数を記入した場合は、備考欄に当該保険給付の種類を記載すること。

(文 書 番 号)

(発 出 年 月 日)

厚生労働大臣 殿

〇〇厚生(支)局長

(公 印 省 略)

立入検査等に係る実施状況(平成〇〇年〇〇月認可通知分)のとりまとめについて

管内の協会支部等の立入検査等に係る実施状況(平成〇〇年〇〇月認可通知分)について、別添のとおり結果報告とりまとめ表を付して送付する。

【照会先】

〇〇厚生(支)局〇〇課〇〇係

担当:〇〇

Tel:00-0000-0000

立入検査等結果報告とりまとめ表（平成〇〇年〇〇月認可通知分）

【〇〇厚生(支)局】

協会支部等の名称	立入検査等 認可件数 ①	立入検査等 実施等件数 ②(=③+④+⑤)	事業主等に対する指摘		立入検査等 実施済件数 ③(=A+B)	立入検査等 実施不能件数 (事業主等が行方不明等) ④	立入検査等 未実施件数 ⑤	事業主等に対する指摘有の場合に係る保険給付の種類 ⑥			備考
			事業主等 に対する指摘 有 A	事業主等 に対する指摘 無 B				傷病手当金	出産手当金	その他	
〇〇支部	5	5	2	1	3	1	1	0	1	埋葬料1件	
△△支部	3	3	2	0	2	0	1	1	0		
□□支部	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
合計	8	8	4	1	5	1	2	1	1	埋葬料1件	

注) 認可通知月ごとの結果報告となるため、各協会支部等からの様式4-2の記載内容を転記すること。

(文 書 番 号)

(送 付 年 月 日)

厚生労働大臣 殿

〇〇厚生(支)局長

(公 印 省 略)

立入検査等に係る実施状況(平成〇〇年度分)
のとりまとめについて

管内の協会支部等の平成〇〇年度における立入検査等に係る実施状況(平成〇〇年4月～平成〇〇年3月認可通知分)について、別添のとおり年度報告とりまとめ表を付して送付する。

【照会先】

〇〇厚生(支)局〇〇課〇〇係

担当:〇〇

TEL:00-0000-0000

平成〇〇年度 立入検査等年度報告とりまとめ表(平成〇〇年4月～平成〇〇年3月認可通知分)

【〇〇厚生(支)局】

協会支部等の名称	立入検査等 認可件数 ①	立入検査等 実施等件数 ②(=③+④+⑤)	事業主等に対する指摘		立入検査等 実施済件数 ③(=A+B)	立入検査等 実施不能件数 (事業主等が行方不明等) ④	立入検査等 未実施件数 ⑤	事業主等に対する指摘有の 場合に係る保険給付の種類 ⑥			備考
			事業主等 に対する指摘 有 A	事業主等 に対する指摘 無 B				傷病手当金	出産手当金	その他	
〇〇支部	39	39	12	11	23	5	11	11	0	1	埋葬料1件
△△支部	23	23	12	0	12	0	11	11	1	0	
□□支部	6	6	5	1	6	0	0	2	3	0	
合計	68	68	29	12	41	5	22	24	4	1	埋葬料1件

注) 各協会支部等からの様式5-2の合計欄の記載内容を転記すること。