

書類提出先

(請求期間@が在職期間を含む場合)被保険者⇒雇用事業主

(請求期間@が退職後期間の場合)被保険者⇒KDDI健康保険組合給付担当

被保険者(請求者)記入欄

事業主(会社)記入欄

※太枠内を黒ボールペン(消えるインク不可)で漏れなくご記入ください。訂正の場合は、被保険者の印鑑を訂正印としてお使いください。

※任意継続被保険者や退職後の方は、
在職時の健康保険証の記号・番号を
記入してください。

① 記号・番号 (左づめ)	記号 1 2 3 番号 4 5 6 7 8								
氏名・同意書	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎							昭和 10 年 6 月 4 日 平成	
② ※右記をご確認の うえ、必要事項を 漏れなくご記入 ください。	KDDI健康保険組合 理事長殿 私は、健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定にあたり、KDDI健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録等の照会を行うこと、また関係機関が回答することに同意します。 令和 5 年 8 月 25 日								
④ 資格取得年月日 (健康保険証参照)	平成 令和 4 年 7 月 1 日	※下欄⑩請求期間の初日が、資格取得年月日から起算して2年未満の場合は、『過去の保険給付調査書』を添付してください。なお、本事項は請求期間の初日が令和5年8月1日以降の初回請求分に対し適用します。							
⑤ 現住所	〒 123 - 4567 東京都千代田区飯田橋〇丁目〇番〇号 △△マンション111号室								
⑥ 電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 - XXXX - XXXX								
⑦ 傷病名 (主たるもの)	慢性扁桃炎								
⑧ 初診日 (⑦の傷病の)	平成 令和 4 年 9 月 1 日								
⑨ 該当の傷病は 病気ですか？ ケガですか？	1 1 病気 ⇒ 右枠をご記入ください。 2 ケガ ⇒ 右枠記入+『負傷原因届』添付。 ※『負傷原因届』は当組合ホームページから 印刷してください。	発病時の状況について具体的にご記入ください。 (原因不明の場合は「不詳」としてください) のどの痛みと発熱のため病院を 受診し発覚 ※業務上・通勤上の傷病は会社の労災保険ご担当者様にご相談ください。 ※交通事故等、第三者行為による傷病の場合は当組合へご連絡ください。							
⑩ 療養のために 休んだ期間 (請求期間)	令和 5 年 8 月 1 日 から 令和 5 年 8 月 20 日 まで 注) 請求傷病の初診日以降で療養のために労務に服することが できなかった期間(出勤日、有給休暇、公休日等含む)を記入 してください。	⑪ あなたの仕事の内容 (具体的に) ※退職後の請求の 場合は退職前の 仕事内容。		事務職 (コールセンター 勤務)					
⑫ 委任状 (請求者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記⑬の代理人に委任します。 氏名 健保 太郎 住所は⑤現住所と同じ 令和 5 年 8 月 25 日								

受取代理人記入欄

⑬ 代理人

〒 XXX - XXXX
住所 東京都新宿区西新宿〇-△-□
事業所名称 XXXX株式会社
事業主氏名 代表取締役社長 山田 一郎
または氏名
電話 03 - XXXX - XXXX⑭ 支払方法
(事業主は記入)1 給与払い
2 個人払い

1

【事業所ご担当者へのごお願い】 本請求書のほか、以下書類も必ず添付してください。

●報酬に関する事業主の証明 ●請求期間対象月の出勤簿(写) ●請求期間該当月の賞金台帳(写) ※通勤手当支給月も含む。

受付日付印

記入例

被保険者記入欄	⑩の療養のため休んだ期間(請求期間)に報酬は受けましたか。または今後受けられますか(傷病手当金は報酬に含まれません)。 <input type="checkbox"/> 1 はい <input type="checkbox"/> 2 いいえ	1	1 はい 2 いいえ
	⑮ ⑮-1 令和 5年 8月 1日 から 令和 5年 8月 3日 まで 報酬額 <input type="text" value="30,000"/> 円 ※報酬額が不明の場合には空欄としてください。		
被保険者記入欄	⑯ ⑯-1 「はい」と答えた場合、その報酬の額とその報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。		
	⑰ ⑰-1 「はい」または「請求中」を選択した場合は、受給の要因となった(なる)傷病名、基礎年金番号等をご記入ください。 ※「請求中」を選択した場合は、傷病名、基礎年金番号をご記入ください。	3	1 はい 2 請求中 3 いいえ
被保険者記入欄	⑱ ⑱-1 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	3	1 障害厚生年金 2 障害手当金
	⑲ ⑲-1 「はい」または「請求中」を選択した場合は、受給の要因となった(なる)傷病名、基礎年金番号等をご記入ください。 ※「請求中」を選択した場合は、傷病名、基礎年金番号をご記入ください。		
退職者のみ記入必須	⑳ ⑳-1 (退職者で該当する方をご記入ください) 老齢(基礎・厚生)年金等の公的年金を受給していますか。	<input type="checkbox"/>	1 はい 2 請求中 3 いいえ
	㉑ ㉑-1 「はい」または「請求中」を選択した場合は、基礎年金番号等をご記入ください。 ※「請求中」を選択した場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。		
退職者(予定者含む)・受取困難者は記入必須	㉒ ㉒-1 口座情報 ※口座情報に誤りがないことを確認するため、通帳(写)またはキャッシュカード(写)を添付してください。		
退職者(予定者含む)・受取困難者は記入必須	㉓ ㉓-1 金融機関名 支店名 預金種別 口座名義(カナ) 口座番号	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別段	

金融機関、支店名、預金種別は、□のいずれかに✓を入れてください。

記入例

主治医記入欄

※訂正の場合は、㊦欄に捺印した印鑑を訂正印としてお使いください。

㉔ 患者氏名	健保 太郎																																																																																																		
㉕ 傷病名	(1) 慢性扁桃炎 (2) (3)	㉖ 初診日 (療養の給付開始年月日) (2) 平成・令和 年 月 日 (3) 平成・令和 年 月 日	(1) 平成・令和 4 年 9 月 1 日 (2) 平成・令和 年 月 日 (3) 平成・令和 年 月 日																																																																																																
㉗ 発病または負傷の年月日	平成 4 年 9 月 1 日 令和 5 年 8 月 1 日	㉘ 発病または負傷の原因 細菌感染	㉙ 療養費用の別 <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 ㉚ 転帰 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																																																																																																
㉚ 発病または負傷の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷																																																																																																		
㉛ 労務不能と認められた期間	令和 5 年 8 月 1 日から 令和 5 年 8 月 20 日まで	㉜ ㉛のうち入院期間	令和 5 年 8 月 7 日から 令和 5 年 8 月 16 日まで 入院																																																																																																
㉝ 診療実日数 (入院期間を含む)	計 12 日 診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	<table border="1"> <tr> <td>8 月</td> <td>①</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>		8 月	①	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
8 月	①	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																				
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																				
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																				
㉞ 上記の期間中における 「主たる症状および経過」「治療内容」「投薬」「療養指導」等	主たる症状及び経過： <u>8/1～高熱、咽頭痛のため当院受診、手術を行なった。</u> 治療内容： <u>8/8 口蓋扁桃摘出手術。</u> 投薬： <u>無・有 (8 月 9 日から 8 月 20 日まで 12 日分)</u> 療養指導内容： <u>刺激物の摂取を控える。自宅療養を指示した。</u>		㉟ 手術年月日 令和 5 年 8 月 8 日 ㊦ 退院年月日 令和 5 年 8 月 16 日																																																																																																
㉟ 労務不能と認められた理由 (詳しく)	㊧で労務不能と認められた期間中、㊨の診療実日数が0日だった場合は、労務不能と判断された具体的な理由も含め詳しくご記入ください。 手術後の経過は良好だが、引き続き自宅療養が必要であったため労務不能である。																																																																																																		
㊩ 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	㊪ 人工臓器等の種類 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> その他()																																																																																																	
㊫ 上記のとおり相違ありません。	㊬ 令和 5 年 8 月 22 日																																																																																																		
㊭ 医療機関の所在地	〒XXXX-XXXX 東京都港区虎ノ門△-△-△																																																																																																		
㊮ 医療機関の名称	□□総合病院																																																																																																		
㊯ 医師の氏名	健康 たもつ																																																																																																		
㊰ 電話	03 - XXXX - XXXX																																																																																																		

【医師へのお願い】

- ㉕㉖について複数の傷病がある場合、(1)から主たる傷病名とその初診日をご記入ください。
- ㉛について、該当傷病の初診日以降、療養のために労務不能と認められる期間をご記入ください。また、㊦の証明日以前の期間をご記入ください。
- ㉞～㉟について、症状および経過、労務不能と認められた理由を詳しくご記入ください。

【被保険者の方へ】

こちらの記入欄は療養担当者である医師のみ記入・訂正することができます。被保険者または第三者による偽造・改ざんは刑法第159条の私文書偽造等に該当する行為です。そのような行為を確認した場合には、当組合では健康保険法第120条に基づく給付制限等の厳正な対応を行います。