

## 傷病手当金請求にあたっての注意事項

- 傷病手当金の支給要件は以下のとおりです。
  - 業務外の病気／ケガであること(業務上の事由や通勤途中による病気／ケガでないこと)。
  - 3日間連続(公休日含む)の待期間があること。
  - 待期間後(4日目以降)について、労務不能かつ報酬が出ていないこと。  
上記3要件を全て満たしている場合、待期間後(4日目)を傷病手当金1日目として最大1年6か月間請求することができます。
- 下記3要件を全て満たしている場合、資格喪失後の継続給付(法定)を受けることができます。
  - 資格喪失日の前日(退職日)までに継続して1年以上の社会保険加入期間がある。
  - 退職日に傷病手当金を受けているか、受ける要件を満たしている。
  - 退職日に休み、退職後も引き続き同じ病気で療養し仕事ができない。
- 傷病手当金請求書 兼 同意書(以下「請求書」)の流れは以下のとおりです。
  - 請求期間が資格加入期間中の場合  
被保険者 ⇒ 会社(雇用契約主) ⇒ 当組合
  - 請求期間が資格喪失日以降の場合  
被保険者 ⇒ 当組合
- 請求書内容審査について  
請求者本人または事業主から毎月20日(20日が土日祝の場合は翌営業日)までに提出いただいた請求書類については、内容審査のうえ当月末に支給決定を行います(不備分をのぞく)。
- 給付金振込日について
  - 3-Aの場合  
⇒各事業主にご確認ください。
  - 3-Bの場合  
⇒上記4.にて支給決定されたものについては、決定月の翌月20日(20日が土日祝の場合は前営業日)にお振込みいたします。
- 当組合加入から2年未満での請求について  
以前加入していた健康保険組合等に対して傷病手当金の給付照会を行う場合があることから、本請求書に加え、『過去の保険給付調査書』を必ずご提出ください。
- その他  
以下給付金等を受給している場合、傷病手当金との併給は出来ませんのでご注意ください。
  - ① 出産手当金
  - ② 障害基礎年金および障害厚生年金
  - ③ 老齢年金
  - ④ 労災決定に伴う休業補償給付
- お問い合わせ先  
KDDI健康保険組合 給付担当  
TEL:03-5212-3311 (音声ガイダンス「2番」または「3番」)



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)。  
 1 はい  
 2 いいえ

⑮  
 「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。  
 令和 年 月 日 から  
 令和 年 月 日 まで  
 報酬額  円  
**※報酬額が不明の場合には空欄としてください。**

⑯ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の請求ですか？(傷病名を問いません)  
 1 はい  
 2 請求中  
 3 いいえ  
 支給元(請求先)  労働基準監督署

⑰ 「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。  
 1 はい  
 2 請求中  
 3 いいえ  
 1 障害厚生年金  
 2 障害手当金

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。**

傷病名	<input type="text"/>		
基礎年金番号	<input type="text"/>	年金コード	<input type="text"/>
支給開始年月日	平成・令和 年 月 日	年金額	<input type="text"/>
	平成・令和 年 月 日		<input type="text"/>

退職者のみ記入必須

⑱ (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。  
 1 はい  
 2 請求中  
 3 いいえ  
 年金証書写し及び請求期間にかかる年金振込通知書(年金額改定通知書)を添付してください。

⑱-1 「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。**

基礎年金番号	<input type="text"/>	年金コード	<input type="text"/>
支給開始年月日	平成・令和 年 月 日	年金額	<input type="text"/>
	平成・令和 年 月 日		<input type="text"/>

退職者(予定者含む)・受取困難者は記入必須

⑲ 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)**

金融機関名  支店名  預金種別  普通  当座  別段  
 銀行  本店  信組  支店

口座名義(カナ)

口座番号

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。

※訂正の場合は、㉞欄に捺印した印鑑を訂正印としてお使いください。

医師（療養担当者）意見記入欄	㉔ 患者氏名																																	
	㉕ 傷病名	(1)											㉖ 初診日 (療養の給付開始年月日)	(1) 平成・令和	年	月	日																	
		(2)											(2) 平成・令和	年	月	日																		
		(3)											(3) 平成・令和	年	月	日																		
	㉗ 発病または負傷の年月日	平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 発病	㉘ 発病または負傷の原因																														
			<input type="checkbox"/> 負傷																															
	㉙ 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から	㉚ 療養費用の別																															
		令和 年 月 日 まで																																
	㉛ ㉙のうち入院期間	令和 年 月 日 から	㉜ 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> ( )	㉝ 転帰	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止																													
		令和 年 月 日 まで 入院			<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																											
㉞ 診療実日数 (入院期間を含む)	計 日	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	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																															
㉟ 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：										㉠ 手術年月日	令和	年	月	日																			
	治療内容：										㉡ 退院年月日	令和	年	月	日																			
	投薬：無・有（ 月 日から 月 日まで 日分）																																	
	療養指導内容：																																	
㊱ 労務不能と認められた理由（詳しく）	(㉙で労務不能と認められた期間中、㉞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)																																	
㊲ 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	㊳ 人工臓器等の種類																													
		年	月	日																														
				<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。										㊴ 令和 年 月 日																								
医療機関の所在地																																		
㊵ 医療機関の名称																																		
医師の氏名														印																				
電話																																		

## 【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。
- ㉙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、㉞の証明日以前の期間をご記入ください。
- ㉟～㊱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。