

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。

①	記号・番号 (左づめ)	記号	1	2	3	番号	4	5	6	7	8	枝番00は記入しない	
②	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎						【同意書】 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 7 年 8 月 25 日 氏名 健保 太郎				
③	生年月日	昭・平	5	年	8	月	30	日	※自署の場合は押印不要。				
④	資格取得年月日 (マイナポータル等参照)	平成・令和	6	年	4	月	1	日	※下欄@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。				
⑤	現住所	〒 123 - 4567	東京都千代田区飯田橋〇丁目〇番地〇号 △△マンション111号室										
⑥	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 - ×××× - ××××											
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	6	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 7 年 8 月 1 日 から	令和 7 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。						令和 7 年 8 月 25 日					
⑬	代理人	〒 ××× - ××××	住所 東京都新宿区西新宿〇-△-〇				事業所名称 ××××株式会社 事業主氏名 代表取締役社長 山田 一郎 電話番号 03 - ×××× - ××××						

【事業所ご担当者へのお願ひ】 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

※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	⑱ 患者氏名	健保 太郎										
	⑳ 傷病名	(1) 慢性扁桃炎 (2) (3)	㉑ 初診日 (療養の給付開始年月日)	(1) 平成・令和 6 年 9 月 1 日 (2) 平成・令和 年 月 日 (3) 平成・令和 年 月 日								
	㉒ 発病または負傷の年月日	平成 6 年 9 月 1 日 令和	<input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	㉔ 発病または負傷の原因 細菌感染								
	㉓ 労務不能と認められた期間	令和 7 年 8 月 1 日から 令和 7 年 8 月 20 日まで										
	㉕ ㉒のうち入院期間	令和 7 年 8 月 7 日から 令和 7 年 8 月 16 日まで 入院	㉖ 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	㉗ 転帰 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医							
	㉘ 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。	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									
	㉙ 上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容及び療養指導」「投薬」等を詳しく	㉚ 手術年月日 令和 7 年 8 月 8 日 ㉛ 退院年月日 令和 7 年 8 月 16 日										
	主たる症状及び経過	8/1～高熱、咽頭痛のため当院受診、手術を行なった。										
	治療内容及び療養指導内容	8/8口蓋扁桃摘出手術。 刺激物の接種を控える。自宅療養を指示した。										
	投薬	無・㉜ (8 月 16 日から 8 月 20 日まで 5 日分)										
㉜ 労務不能と認められた理由	労務不能と認められた理由について詳しくご記入ください。 また、㉒の労務不能と認められた期間中、診療実日数が0日だった場合は、診療なしで労務不能と判断された医学的な理由もご記入ください。 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。											
㉝ 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	㉞ 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。		㉟ 令和 7 年 8 月 22 日									
医療機関の所在地	〒×××-×××× 東京都港区虎ノ門△-△-△											
㊱ 医療機関の名称	□□総合病院											
医師の氏名	健康 たもつ 											
電話	03 - ×××× - ××××											

【医師へのお願い】

- ㉒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。
- ㉓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の証明日より前の期間をご記入ください。
- ㉔～㉖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。