

傷病手当金請求にあたっての注意事項

1. 傷病手当金の支給要件は次のとおりです。
 - (1) 業務外の病気／ケガであること(業務上や通勤途中による病気／ケガでないこと)。
 - (2) 3日間連続(公休日含む)の待期間があること。
 - (3) 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。
2. 次の3要件を全て満たしている場合、資格喪失後の継続給付を受けることができます。
 - (1) 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。
 - (2) 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。
 - (3) 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。
3. 必要書類は次のとおりです。
 - ▶ 申請書類
 - ・傷病手当金請求書 兼 同意書(以下「本請求書」)
 - ▶ 添付書類
 - ・**過去の保険給付調査書(当組合加入から2年未満で請求される場合の初回請求分のみ添付)**
 - * 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、必ずご提出ください。詳しくは、本請求書項番④の注意書きをご参照ください。
 - ・負傷原因届(ケガの場合のみ)
 - ・本請求書項番⑩⑪に記載の書類(該当者のみ)
 - ※ その他、請求内容によって追加書類をご提出いただく場合があります。
4. 本請求書の提出経路は次のとおりです。
 - A 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
 - B 請求期間が資格喪失日以降の場合
被保険者 ⇒ 当組合
5. 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前営業日)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)。
6. 給付金振込日について
 - 4-Aの場合
⇒各事業主にご確認ください。
 - 4-Bの場合
⇒上記5.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。
7. その他
次の給付金等を受給している場合、傷病手当金との併給はできませんのでご注意ください。
ただし、日額が傷病手当金の日額を下回る場合はその差額を支給します。
 - 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
8. お問い合わせ先
お問い合わせの際は、事前に当組合HP「よくある質問/給付」をご確認ください。
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」)

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。

被保険者記入欄	① 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	※任意継続被保険者や退職後の方は、 在職時の記号・番号を記入してください。	
	② 氏名	(フリガナ)		【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 年 月 日 氏名	
	③ 生年月日	昭・平 年 月 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 年 月 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	〒 — — — — —			
	⑥ 電話番号 (日中の連絡先)	TEL — — — — —			
	⑦ 傷病名 (主たるもの)				
	⑧ 初診日 (⑦の傷病の)	平成・令和 年 月 日			
	⑨ 該当の傷病は 病気ですか？ ケガですか？	<input type="checkbox"/> 1 病気 ⇒ 右枠をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 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) ※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 年 月 日から 令和 年 月 日まで		あなたの仕事の内容 (具体的に) ⑪ ※退職後の請求の場合は退職前の 仕事内容。	
在職者は記入	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 年 月 日
		氏名			住所は⑤現住所と同じ
事業主記入欄	⑬ 代理人	〒 — — — — — 住 所		※被保険者への個人払いとする場合、 本欄は記入しないでください。	
		事業所名称 事業主氏名			
		電 話			

【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) ●請求期間該当月の賃金台帳(写) ※通勤手当支給月も含む。

受付日付印

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

⑭ 「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。

⑭-1 令和 年 月 日 から 報酬額 円
令和 年 月 日 まで ※報酬額が不明の場合には空欄としてください。

⑮ 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

⑯ 「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

⑯-1 「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。

※「はい」の場合、傷病名によっては追加書類をご提出いただく場合があります。

※「請求中」の場合は、傷病名、基礎年金番号をご記入ください。

傷病名		
基礎年金番号	年金コード	
支給開始年月日	平成・令和 年 月 日	年金額
	平成・令和 年 月 日	

退職者のみ記入必須

(退職者で該当する方はご記入ください)

⑰ 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。

⑰-1 「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	年金コード
支給開始年月日	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日

退職者(予定者含む)・受取困難者のみ記入必須

⑱ 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 本店 普通当座 支店 別段

銀行 金庫 信組

口座名義(カナ)

口座番号

公金受取口座での受取りを希望する(上欄に口座情報の記入があった場合はそちらの口座が優先となります)

※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																																																	
	⑳ 傷病名	(1)											初診日	(1) 平成・令和	年	月	日																																	
		(2)											⑳ 初診日 (療養の給付開始年月日)	(2) 平成・令和	年	月	日																																	
		(3)												(3) 平成・令和	年	月	日																																	
	㉑ 発病または負傷の年月日	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病	㉒ 発病または負傷の原因																																											
		令和				<input type="checkbox"/> 負傷																																												
	㉓ 労務不能と認められた期間	令和	年	月	日	から																																												
		令和	年	月	日	日まで																																												
	㉕ ㉑のうち入院期間	令和	年	月	日	から	㉖ 療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費	()	㉗ 転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<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																																				
㉘ 診療実日数 (入院期間を含む)	計	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																
		日	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	年	月	日																																			
											㉛ 退院年月日	令和	年	月	日																																			
	主たる症状及び経過： 治療内容及び療養指導内容： 投薬：無・有（ 月 日から 月 日まで 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、㉑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。																																																	
㉝ 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和											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																																			
	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	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。																				㉟ 令和	年	月	日																										
㉟ 医療機関の所在地																																																		
㊱ 医療機関の名称																																																		
医師の氏名	印																																																	
電話																																																		

【医師へのお願い】

- ⑳⑳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。
- ㉑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。
- ㉙～㉛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。