

書類の提出先 在職者：雇用されている会社の担当者宛
 (提出時点) 退職者：当健保あんま・マッサージ担当宛(任継/特退含む)

被保険者(請求者)記入欄

事業主(会社)記入欄

※被保険者記入欄は漏れなくご記入をお願いします。

訂正の場合は、②氏名・押印欄にて使用した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) また は マイ ナ ン バ ー	記 号 1 2 3 番 号 4 5 6 7 8	マイナンバーを記入する場合、本人確認書類の添付必須(例:免許証、パスポート等顔写真あり)。
	署名捺印 同 意 書	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	③ 生 年 月 日 1 1. 昭和 6 3 0 2 1 0 2. 平成
	② ※右記を必ず確認の上、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保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書及び関係書類についてKDDI健康保険組合が、該当機関に照会及び送付することに異議なく、本書をもって同意します。	
	④ 現 住 所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 東京都千代田区飯田橋3-10-10 ガーデンエアタワー32階	
⑤ 電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL 03 - 1234 - 5678		
◆在職者⇒⑦を署名捺印してください(⑥不要) ◆退職者⇒⑥をご記入ください(⑦不要) ◆退職予定者⇒⑥記入、⑦署名捺印ください			
※退職者必須	⑥ 口 座 情 報	◆口座 ◆任意 銀行名 提出時に在職している・・・⑦委任状に記入/捺印頂き、事業主様に送付してください。 提出時に退職している・・・⑥口座情報に記入頂き、通帳またはキャッシュカードのコピーを付けて当組合に送付してください。 近日中に退職を予定している ・・・⑥口座情報への記入と、⑦委任状への記入/捺印の上、通帳またはキャッシュカードのコピーを付けて、事業主様に送付してください。	
※在職者必須	⑦ 委 任 状 (被 保 険 者)	提出時に任意継続・特例退職被保険者制度に加入している ・・・⑥口座情報、⑦委任状いずれも記入せずに当組合に送付してください。 保険料引落しでご登録頂いたゆうちょ銀行にお振り込み致します。 なお、ゆうちょ銀行以外の口座振り込みを希望される場合には、⑥口座情報に記入頂き、通帳またはキャッシュカードのコピーを付けて当組合に送付してください。	
事 業 主 記 入 欄	⑧ 委 任 状 代 理 人 記 入 欄 1	〒 - TEL - - 住所 事業主様が記入・捺印しますので、空白のままでも問題ありません。 事業所名	代 理 人 ⑨ 記 入 欄 2 (事 業 主) 1 給与払い 2 個人払い

◆注意事項

- 被保険者は、①～⑦のうち必要な箇所を全てご記入ください。
- 在職者は、**事業主経由で給付金が支給されます。**
その為、事業主を代理人とする⑦の委任状への署名・捺印が必要となります。
- 療養費支給申請書は1ヶ月(暦月)ごとに一通作成してください。
- 退職者(予定含む)が療養費支給申請書を申請する際は、必ず**通帳**または**キャッシュカードのコピー**を添付してください。
任意継続/特例退職被保険者は原則ゆうちょ銀行口座にお振り込み致します。
- 払い戻しの請求は、はり師またはきゅう師に支払いをした日の翌日から数えて**2年**を経過すると時効となります。
- 2/2ページ目の「あんまマッサージ指圧師が記入するところ」は、全てあんまマッサージ指圧師に記入して頂いて下さい。

受付日

記入例

訂正の場合は、②氏名・押印欄にて使用した印鑑を訂正印としてお使いください。

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	発病又は負傷年月日		傷病名					
	1	2	3	4	5	6	7	8	H30年10月1日	片麻痺
	(フリガナ) ケンボ タロウ								続柄	発症又は負傷の原因及びその経過
	療養を受けた者の氏名 健保 太郎								男 本人	脳出血 業務上・外、第三者行為の有無(いずれかに✓を入れてください) 1. 業務上 2. 第三者行為である <input checked="" type="checkbox"/> 3. その他
昭和 平成・令和 63年2月10日生										

※あんま・マッサージ

※訂正

「発病又は負傷年月日」および、「発症または負傷の原因及びその経過」がそれぞれ不明の場合でも、空欄にせず「不詳」と記入して下さい。

あ ん ま マ ッ サ ー ジ 指 圧 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	平成・令和 年 月 日	施術期間	平成・令和 年 月 日から 日	実日数	請求区分	新規・継続		
	傷病名又は症状					円	円	転 帰	
	マッサージ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要			
		右上肢	円×	回=	円				
		左上肢	円×	回=	円				
		右下肢	円×	回=	円				
		左下肢	円×	回=	円				
		変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円			
		温 罎 法	円×	回=	円				
		温罎法・電気光線器具	円×	回=	円				
	往療料 4km以下	円×	回=	円					
	往療料 4km超	円×	回=	円					
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)				円				
	合 計				円				
	施術日 通院○ 往療◎	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						
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保健所登録区分	1. 施術所所在地		2. 出張専門施術者住所地			
	令和 年 月 日	住所:	氏名:	電話:					
免許登録番号 _____		あんまマッサージ指圧師		印					
同 意 記 録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間				
			平成・令和 年 月 日						

あんまマッサージ指圧師に記入して頂いて下さい。

◆ 本申請書の他に以下書類をご準備ください。

- 医師による施術同意書(同意を受けた月) **原本** ※1
- 療養費の領収証 **原本**
- 施術報告書コピー(交付を受けた場合)
- 施術報告書交付料領収証(支払った場合) **原本**
- 往療明細(発行された場合)
- 通帳またはキャッシュカードコピー ※2
- 本人確認資料 ※3

※1. 医師による施術同意書について
同意書の有効期間は6カ月です。その後も継続して施術を受ける場合には、再度医師の同意書が必要です。
→初めて施術を受けた日、または同意日が1日～15日ならその月から5ヶ月後の月末まで有効。
16日～31日であれば、6ヶ月後の月末まで有効。
→変形徒手矯正術の有効期間は1ヶ月。
→初検、継続ともに日付を遡っての同意は認められません。

※2. 当健保資格喪失者の方のみ対象
※3. マイナンバーを記載した方のみ対象