

提出先

在職者：雇用事業主

退職者及び任継・特例退職被保険者：KDDI健康保険組合 給付担当

記入例

※黒のボールペン（消えるインク不可）を使用し必要事項を漏れのないようご記入ください。訂正する場合は、②で使用了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	記号・番号 ① 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）。			
	被保険者氏名 ② 同 意 書	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		昭和 平成	年 1 0 月 6 日 4	
	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の支給可否決定に関する調査のため、KDDI健康保険組合が該当機関に対して照会を行うこと、また関係機関が回答することに同意します。					
	現住所 ④	〒 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				
	電話番号 ⑤ (日中の連絡先)	080 - XXXX - XXXX				
	療養を受けた者の氏名 ⑥ 氏	健保 幸子		続柄 ⑦	母	
事 業 主 記 入 欄	◆在職者⇒⑩をご記入ください		◆退職者⇒⑨をご記入ください		◆退職予定者⇒⑨⑩の両方を記入してください	
	口 情 ⑨ 座 報 銀行	提出時に在職している・・・⑩委任状に記入・捺印いただき、事業主に送付してください。 提出時に退職している・・・⑨口座情報に記入いただき、通帳またはキャッシュカードのコピーを添付のうえ健康保険組合に送付してください。 近日中に退職を予定している ・・・⑨口座情報への記入と、⑩委任状への記入・捺印のうえ、通帳またはキャッシュカードのコピーを添付し、事業主に送付してください。 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 ・・・⑨口座情報、⑩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いたします。 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、⑨口座情報に記入いただき通帳またはキャッシュカードのコピーを添付のうえ健康保険組合に送付してください。				
	委 任 状 ⑩ (被保険者)	事業主記入				

◆注意事項

- 被保険者は、①～⑩の必要箇所をすべてご記入ください。記入漏れがある場合は返却いたします。
- 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⑩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・個人ごとに作成してください。
- 退職者（退職予定含む）は、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込みいたします。
- 療養費の請求は、支払いをした日の翌日から2年を経過すると時効となります。
- 2/2ページ目の「施術内容欄」は、施術管理者へ記入を依頼してください。

受付日

※黒のボールペン(消えるインク不可)を使用し必要事項を漏れのないようご記入ください。訂正する場合は、②で使用した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	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ケンボ サチコ 男 健保 幸子 女 昭和 平成・令和 3 5 年 1 月 2 日生	続柄	母	業務上・外、第三者行為の有無(いずれかに○) 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載) 東京都港区高輪○丁目○番○号
	傷病名	脳出血 右片麻痺	発病又は負傷年月日	令和 5 年 10 月 1 日	発病又は負傷の原因及びその経過 脳出血により右片麻痺となり、医師よりマッサージが必要と指示された。

※施術管理者が記入するところは、同内容であれば別紙での提出も可能です。訂正する場合は、施術証明欄にて押印した印鑑を訂正印としてお使いください。

施 術 内 容 欄 (施 術 管 理 者 が 記 入 す る と こ ろ)	初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	実日数	日	請求区分	新規・継続																																																																							
	傷病名及び症状						転 帰	継続・治癒・中止・転医																																																																							
	マッサージ(施術料)	同意部位	(軀 幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	概 要																																																																							
	通所	施術回数	回	回	回	回	回																																																																								
	訪問施術料 1	円×	回	円																																																																											
	訪問施術料 2	円×	回	円																																																																											
	訪問施術料 3 (3人～9人)	円×	回	円																																																																											
	訪問施術料 3 (10人以上)	円×	回	円																																																																											
	温電法 (加算)	円×	回	円																																																																											
	温電法・電気光線器具 (加算)	円×	回	円																																																																											
	変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併施は不可	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																																																																									
	特別地域(加算)	円×	回	円																																																																											
	往 療 料	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	訪問1①	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																																														
通所○	訪問2②																																																																														
往療○	訪問3③																																																																														
○ 往療又は訪問の理由 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚・内部・精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他()																																																																															
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																所在地:																																																															
免許登録番号																施 術 所 名:																																																															
あんま・マッサージ指圧師																施 術 者 名:																																																															
																電話:																																																															
同意医師の氏名																住所																同意年月日																傷病名																要加療期間															
																																令和 年 月 日																																															

◆ 申請書の他に下記の書類をご提出ください。

- ☒ 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のコピー ※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。

⇒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. 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