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

※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	① 記号・番号は またマイナンバー	記号	番号				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)。
	② 被保険者氏名書 同意	(フリガナ)	③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	④ 現住所	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。					
	⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	〒 - -					
	⑥ 療養を受けた者の名氏	⑦ 続柄	⑧ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
※退職者記入	◆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。 ◆任意継続・特例退職被保険者は記入不要です。 銀行名 本支店名 預金種別 ☐ 銀行 ☐ 本店 ☐ 普通預金 ☐ 信用金庫 ☐ 支店 ☐ 当座・別段預金 口座名義(カナ) <input type="text"/> 口座番号 ※ゆうちょ銀行は通帳をご確認ください <input type="text"/> 銀行別、本支店別、預金種別は、□のいずれかに✓を入れてください。						
※在職者記入	⑩ 委任状 (被保険者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記⑩の代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 氏名 <input type="text"/> <input type="text"/> ※現住所④と同じ場合は右の四角に✓を入れてください。 ☐ 現住所と同じ ※退職を予定している場合には⑨⑩の記入をお願いします。					
事業主記入欄	⑪ 代理人 (事業主)	住所	事業所名	事業主氏名	電話番号	⑫ 支払方法	1 給与払い 2 個人払い ☐

◆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)	続柄	業務上・外、第三者行為の有無(いずれかに○)		
		男 女		1. 業務上	2. 第三者行為である	3. その他
		昭和・平成・令和 年 月 日生		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)		
	傷病名	発病又は負傷年月日	発病又は負傷の原因及びその経過			
		年 月 日				

※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	令和 年 月 日から	実日数	請求区分																												
		令和 年 月 日	令和 年 月 日まで	日	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																									
		施術回数	回	回	回	回	回																										
	通所	円×		回=		円																											
	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																											
	温罨法(加算)	円×		回=		円																											
	温罨法・電気光線器具(加算)	円×		回=		円																											
	変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可	同意部位	(右 上 肢)	(左 上 肢)	(右 下 肢)	(左 下 肢)																											
		施術回数	回	回	回	回																											
	円×		回=		円																												
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()																																	
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		所在地:																														
	免許登録番号 _____ あんま・マッサージ指圧師		施術所名:		施術者名: 電話:																												
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																											
			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つ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