

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
◆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									
※ 退 職 者 記 入	⑨ 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。 ◆任意継続・特例退職被保険者は記入不要です。			口座名義(カナ) 口座番号 ※ゆうちょ銀行は通帳をご確認ください				
		銀行名	本支店名	預金種別					
		<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 当座・別段預金					
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。 住所 氏名 令和 年 月 日 ※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	記号	番号	発病又は負傷年月日			傷病名	
				年	月	日	
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	発病又は負傷の原因及びその経過			
		男					
	女		業務上・外、第三者行為の有無(いずれかに○)				
	昭和・平成・令和	年	月	日生	1. 業務上	2. 第三者行為である	3. その他

※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	施術期間	令和	年	月	日から	実日数	請求区分																								
	令和		年	月	日まで	日		新規・継続																								
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( )						転 帰																								
								継続・治癒・中止・転医																								
	初検料 ( 1はり 2きゅう 3はりきゅう併用 )							円	摘 要																							
	施 術 料	はり・きゅう	施術の種類	1術	回	2術	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																										
	電療料 (1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具)		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	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 _____ はり師										施術所名:										免許登録番号 _____ きゅう師		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