

提出先 在職者⇒雇用事業主
(提出時点) 退職者及び任意継続被保険者⇒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・番号は ① マイナンバー	記号	1	2	3	番号	5	6	7	8	9			
	② 被保険者氏名 同意書	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎 令和 8年 11月 5日 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。						③ 生年月日 昭和 10 年 6 月 4 日 平成						
	④ 現住所	〒 123 - 4567 東京都千代田区飯田橋〇丁目〇番〇号 ×〇マンション111号室												
	⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	080 - XXXX - XXXX												
	⑥ 療養を受けた者の氏名	健保 幸子						⑦ 続柄	母		⑧ 生年月日	昭和 35 年 1 月 2 日 平成 令和		
◆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 銀行口座 座 報 銀行	◆口座情報に記入しない場合は、通帳(写)またはキャッシュカード(写)を添付してください。 ・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、任意継続被保険者制度に加入している ・・・保険料引落しでご登録いただいたゆうちょ銀行にお振り込みいたしますので⑨口座情報、⑩委任状は記入せずに当組合に送付してください。 引落しではない方は⑨口座情報を記入いただき、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。 ※通帳を予定している場合は⑨⑩の記入をお願いします。												
※在職者記入	⑩ 委任(被保険)													
事業主記入欄	⑪ 代理(事業)	事業主記入												

給与払い
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	(フリガナ)	ケンボ サチコ	続柄	業務上・外、第三者行為の有無(いずれかに○)		
	療養を受けた者の氏名	健保 幸子	男	1. 業務上	2. 第三者行為である	3. その他
			女	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)		
		昭和・平成・令和	35年 1月 2日生	東京都港区高輪○丁目○番地		
	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		
	脳出血 右片麻痺	令和 7年 10月 1日	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																												
	施 術 料	マッサージ(施術料)		同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
				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																											
		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)																											
				施術回数	回	回	回	回																											
	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×		回＝		円																												
	明 細 書 発 行 加 算		円×		回＝		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		あん摩・マッサージ指圧師		施術所名:		施術者名:																												
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
☒ 施術に要した費用の領収証 原本
☒ 施術報告書の写し(交付を受けた場合)
☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当者のみ) ※2
☐ 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写し ※3
☐ 本人確認資料 ※4

※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カ月です。

⇒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 該当する場合は事前にお申し出ください。

※3 資格喪失者の方のみ ※4 マイナンバーを記載した方のみ