

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 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)。	
	署名捺印 同意書	(フリガナ)	③ 生年月日	1. 昭和	年 月 日
	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。		2. 平成	
	④ 現住所	〒 - -			
⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	TEL	-	-		
◆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	銀行名	本店	預金種別	口座名義(カナ)
		信用金庫	支店	当座・別段預金	口座番号(ゆうちょ銀行は通帳をご確認ください)
銀行別、本店別、預金種別は、□のいずれかに✓を入れてください。					
※ 在 職 者 必 須	⑦ 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⑧の代理人に委任します。		令和	年 月 日
		住所・氏名・押印		※現住所④と同じ場合は右の四角に✓を入れてください。	
※退職を予定している場合には⑥のご記入と、⑦の署名捺印をお願いします。					
事 業 主 記 入 欄	⑧ 委任状 代理人記入欄1	住所	TEL	-	-
		事業所名			
				⑨ 代理人 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

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
			年 月 日	
	(フリガナ)		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	男 女	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)	
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

※あんま・マッサージ指圧師が記入するところは、同内容であれば別紙での証明も可能です。

※訂正の場合は、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。

あ ん ま マ ッ サ ー ジ 指 圧 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	施術期間	平成・令和 年 月 日から	実日数	請求区分	
	平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日まで	日	新規・継続	
	傷病名又は症状		転 帰			
			継続・治癒・中止・転医			
	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 罨 法		円×	回=	円	
	温罨法・電気光線器具		円×	回=	円	
	往療料 4kmまで		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。 令和 年 月 日		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		
	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			

◆ 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