

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:当健保はり・きゅう担当宛(任継/特退含む)

被保険者(申請者)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 は 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	◆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)		
	銀行名	本支店名	預金種別	口座番号(ゆうちょ銀行は通帳をご確認ください)			
※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	住所・氏名・押印		現住所と同じ 四角に✓を入れてください。			
事業主記入欄	⑧ 委任状 代理人記入欄1	住所	TEL	-	-	1 給与払い 2 個人払い	
	事業所名	事業所名		⑨ 代理人 記入欄2 (事業主)		印鑑	

◆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「はり師・きゅう師が記入するところ」は、全てはり師・きゅう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				
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過			
		男					
	昭和・平成・令和	年	月	日生	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)		
					1. 業務上	2. 第三者行為である	3. その他

※はり師・きゅう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。

は り 師 ・ き ゅう 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	日まで	日			新規・継続																					
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩							転 帰																						
		5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( )								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		円×		回=		円																							
		きゅう		円×		回=		円																							
		はり・きゅう併用		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																							
	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。			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			住所:																												
免許登録番号 _____		はり師		氏名:		電話:																									
免許登録番号 _____		きゅう師																													
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。

→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