

## 申請にあたっての注意事項

### はり、きゅうの療養費申請

1. 事前に医師の同意を得て健康保険の給付対象となる はり、きゅうの施術を受けた場合、厚生労働省が定める基準等により定められる費用から、一部負担金の割合を控除した額が払い戻されます。
2. 払い戻しには被保険者の申請が必要です。  
申請書の添付書類は次のとおりです。
  - (1)同意書の原本（初回必須。その後も発行を受けた場合に添付）
  - (2)「はり師きゅう師が記入するところ」欄を空欄として別用紙にて証明する場合でも申請できますが、その場合は、同様の内容が記載されたはり師きゅう師作成書類の原本が必要です。その書類には、施術を受けた日や金額など内容に間違いがないことを確認のうえ被保険者がサイン、押印してください。
3. 「被保険者が記入するところ」は被保険者が、「はり師きゅう師が記入するところ」ははり師きゅう師が記入、押印してください。
4. 同意書の有効期間は3ヶ月です。同意の2回目以降は口頭でも療養費の支給を受けられます。
5. 口頭同意の場合でも定期的に医師の診察を受け、施術が必要であることの確認を受けましょう。
6. 申請は一ヶ月（暦月）ごとに一通作成してください。
7. 被保険者が記入するところの各項目について
  - (1)傷病名は、医師の同意書に記載されている傷病名を記載してください。
  - (2)「業務上・外/第三者行為の有無」の欄で、負傷が「2. 第三者行為」による場合は、別に「第三者の行為による傷病届」が必要です。
8. 申請書の訂正印について  
申請書の記入を修正した場合、訂正印は被保険者氏名欄の印と同じ印を用いてください。小型の印など異なるものを用いた場合は無効になります。
9. 振込先欄について
  - (1)在職者の方は給与と共に支給されますので記入不要です。
  - (2)被保険者が任意継続被保険者・特例退職被保険者の場合で振込先を登録していない場合、ご記入ください。登録済みであれば記入は不要です。
  - (3)KDDI健康保険組合の被保険者でなくなっている場合、ご記入ください。
  - (4)その他の場合はKDDI健康保険組合までお問い合わせください。
10. 委任状欄について  
通常は被保険者に対して直接給付しますのでご記入不要です。この欄は事業所を通じて給付する場合に記入します。

KDDI健康保険組合 御中

被保険者用  
被扶養者用

療養費支給申請書 (平成 年 月分)

はり・きゅう用

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号		被保険者 氏名	被保険者とは、保険料を納めている方です ⑩	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	番号							
	被保険者 住所	〒						電話:
		被扶養者が施術を受けた場合に記入						
	被扶養者 氏名		生年月日	昭和・平成	年 月 日	続柄		
	傷病名					業務上・外／第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他		
	発病または 負傷年月日	平成 年 月 日	発病または不詳の原因及びその経過					
委任状欄	本請求に基づく給付金に関する受領を (事業主)に委任致します。 被保険者氏名 ⑩							

は り 師 ・ き ょ う 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	平成 年 月 日	施術 期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	実日数	請求区分									
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( )				日	新規・継続								
	初回の 施術内容	1. はり 2. はり(電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり・きゅう 6. はり・きゅう(電気鍼・電気温灸器併用)				円	転帰 継続・治癒・中止・転医								
	2回目以降の 施術内容	はり	円×	回=	円	摘要									
		はり(電気鍼併用)	円×	回=	円										
		きゅう	円×	回=	円										
		きゅう(電気温灸器併用)	円×	回=	円										
		はり・きゅう併用	円×	回=	円										
	〃(電気鍼・電気温灸器併用)	円×	回=	円											
	往療料 2Kmまで	円×	回=	円											
加算( Km)	円×	回=	円												
療養費の合計				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。平成 年 月 日														
医師の 同意	同意医師の氏名	医療機関名/所在地			同意年月日	傷病名	要加療期間								
	鍼灸院 所在地 電話 はり師・きゅう師 氏名 ⑩														

(記入前に「申請にあたっての注意事項」をご参照ください)

振 込 先	指定銀行	銀行・信用金庫 信用組合	支店
	口座の種類	普通・当座・貯蓄預金	口座番号
	被保険者 氏名 (口座設定者)	フリガナ	

備考欄	被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。記号・番号を記入すればマイナンバーは不要です。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)
-----	--