

**【申請ルート】**

BSJ本社所属 及び 任意継続の方→プリヂェストン健康保険組合へ送付

BSJのTC/YTC/工場・関連会社の方→お勤め先の社会保険担当部署へ送付

事業所担当部署	
係	長

**(本人・家族)療養費支給申請書 《按摩・マッサージ》**

\* 申請の対象は筋麻痺や関節拘縮症状改善等、医療上マッサージを必要とする症例です。

年 月 日 提出

本人記入欄	被保険者等 記号・番号	記号 番号	被保険者 氏名	昭・平・令 年 月 日生 (印)		
	事業所名 所属部署		被保険者 住所	〒 ー 電話 ( )		
	家族の 支給申請	申請家族の 氏名	昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)	続柄		
	発病または 負傷の状況 (「不明」等とせずに詳 しくご記入ください)	【日時】 年 月 日 時頃 【場所】 【原因や経過】(なにをしていて、どうなったか等を具体的にご記入ください)				
	治療の内容、 その後の経過					
	受診した 医療機関	所在地 名称 医師名				
	治療を受けた 期間	通院 入院	年 月 日 ~ 年 月 日迄 年 月 日 ~ 年 月 日迄	治療した 費用の額	(添付した領収書の金額) 円	
	傷病の原因が業務上や通勤途上の場合、労災申請済み、もしくは 今後申請予定ですか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	傷病が第三者の行為、交通事故、ケンカによるものですか			<input type="checkbox"/> はい ⇒事故届等をご提出ください <input type="checkbox"/> いいえ		

ご提出前にすべての添付書類がそろっているかをご確認ください。

**【添付書類】(すべて原本)**

- 領収書
- 医師の同意書(初回および再同意の都度)
  - 同意書有効期間
    - ・初回同意日・再同意日が15日以前の場合は5カ月後の月末
    - ・初回同意日・再同意日が16日以降の場合は6カ月後の月末
    - ・変形徒手矯正術の場合は初療日・再同意日より1カ月
- 施術師の記入した療養費支給申請書 ※往療料が発生している場合はその明細書も添付してください

**【給付金について】**

- ・適正にお支払いをする為に審査に時間が掛かる場合があります
- ・振込日・振込金額等は「給付金のお知らせ」にてお知らせ致します

**給付確認**

健保記入欄	被保険者	認定日	年 月 日	初回 同意書	開始 有効日	年 月 日
		喪失日	年 月 日		年 月 日	
	被扶養者	認定日	年 月 日	再 同意書	開始 有効日	年 月 日
		喪失日	年 月 日		年 月 日	