

記入見本

【申請ルート】

PSI本社所属及び任意継続の方→ブリヂストン健康保険組合へ送付

受診者に○工場・関連会社の方→お勤めの社会保険担当部署へ送付→

本人氏名（保険証に被保険者と記載のある氏名）を記入
必ず押印をしてください

（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の為の医療用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	保険証の記号・番号	記号 ○○○○ 番号 ○○○○○○	被保険者氏名	健保 太郎 昭・平 ○○年 ○○月 ○○日生	健保印
	事業所名 所属部署	ブリヂストン○○○○○ ○○○部 ○○○課	被保険者住所	〒○○○ - ○○○○ ○○県○○市○○町1-1 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】 自宅 【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) 脳出血後遺症による麻痺			
	治療の内容、その後の経過	詳しくご記入ください			
	受診した医療機関	所在地	○○県○○市○○町○-○		
		名称	○○クリニック		
		医師名	○○ ○○○		
	治療を受けた期間	通院	○○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
		入院	年 月 日 ~ 年 月 日迄		
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ				

被保険者のマイナンバー記載欄
※被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です

記入は不要です

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
- ※被保険者給与口座(任継加入者は健保ご登録の口座)に振込まれます
- ※振込は毎月1回、原則10日(金融機関等休日の場合後ろにずれます)となります
- ※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		再開始有効日	年 月 日
	被扶養者	認定日	年 月 日	同意書	開始有効日	年 月 日
		喪失日	年 月 日		再開始有効日	年 月 日

健康保険組合にて記入