

【申請ルート】

BSJ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  
 BSJのTC/YTC/工場・関連会社の方→お勤め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	保険証の記号・番号	記号 番号	被保険者氏名	昭・平 年 月 日 生 <sup>Ⓧ</sup>		
	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】(なにをされていて、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		

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

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			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