

申請前に必ずお読みください（本紙はご提出不要です）

はり・きゅうは健康保険が適用される場合とされない場合があります。

申請される前に必ず健保へご連絡ください。

（現在、継続的に申請されている方はご連絡不要です）

■ご連絡先

03-3280-7326 給付係



健保担当者より、保険適用の案内があった方は、次ページの申請書をご記入いただき添付書類とあわせてご提出ください。



■提出先

・（株）プリチストン本社**以外**に勤務されている方
・それ以外の会社に勤務されている方

お勤め先の会社の社会保険担当者へご提出ください

（株）プリチストン**本社**に勤務されている方

プリチストン健康保険組合へ直接ご提出ください
社内メール：1930A 給付担当

任意継続に加入されている方

プリチストン健康保険組合「給付担当」へご提出ください
〒106-0047
東京都港区南麻布5-1-7
プリチストングローバル研修センター3階
プリチストン健康保険組合 給付担当

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 ^①		
	事業所名 所属部署		被保険者 住所	〒 - 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 (詳しくご記入ください)					
	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	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