

～申請前に必ずお読みください。（本紙はご提出不要です）～

按摩・マッサージ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)ブリヂストン本社以外に勤務の方
- ・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)ブリヂストン本社勤務以外の方



ブリヂ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



ブリヂ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 ブリヂストングローバル研修センター 3階
ブリヂ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 ㊟		
	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 (「不明」等とせず詳しくご記入ください)	午前・午後 【日時】 年 月 日 時頃 【場所】 【原因や経過】(なにををしていて、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	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)	
		入 院	年 月 日 ~ 年 月 日迄		円	
傷病の原因が業務上や通勤途上の場合は、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	年 月 日
		喪失日	年 月 日		有効日	年 月 日
	被扶養者	認定日	年 月 日	再 同意書	開 始	年 月 日
		喪失日	年 月 日		有効日	年 月 日