

# 記入見本

## 【申請ルート】

PSは本社所属及び任意継続の方→プ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→

事業所担当部署	
係	長
本人氏名をご記入ください	

## (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。

○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	健保 太郎 (印) 昭・平 ○○年 ○○月 ○○日生		
	事業所名	プリヂストン○○○○	被保険者 住所	〒○○○ - ○○○○ ○○県○○市○○町1-1 電話 △△△(○○)××××		
	所属部署	○○○部 ○○○課	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 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 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					

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
- 施術者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		有効日	年 月 日
	被扶養者	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		有効日	年 月 日

健康保険組合にて記入