

【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

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・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	続柄	午前・午後	
	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】 【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	治療または 購入した 費用の額	(添付した領収書の金額) 円	
	ブリヂストンの健康保険証を 使用せず受診した理由	・保険証の手続き中 ・保険証不携帯 ・その他(理由:)				
	傷病が第三者の行為、交通事故、ケンカ、 または業務によるものですか	・はい ⇒「はい」の方は事故届等をご提出ください ・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

【添付書類】 …すべて**原本**を添付してください

- 治療用装具(コルセット等)に関する申請
「義肢製作所の領収書」「明細がわかるもの(請求書または見積書等)」「医師の装具装着証明書」「装具作製確認書」
「作製した装具の写真(可能な範囲で衣服の上から装着した状態で撮影ください)」…弾性ストッキングは不要
 - 小児弱視等の治療用眼鏡等に関する申請
「眼科医の治療用眼鏡等の作製指示書(写し)」「患者の検査結果(写し)」「購入した眼鏡等の領収書」
 - ブリヂストンの保険証を使用せず診療を受けたとき
「医療機関が発行した**未開封**の診療(調剤)報酬明細書」「領収書」
 - はり・きゅう、マッサージ等に関する申請
「医師の同意書(初回および再同意の都度)」「施術師の記入した療養費支給申請書」「領収書」
- ※装具や小児用治療用眼鏡等の再作製については健康保険組合HPを参照ください

給付確認欄

健 保 記 入 欄	給付期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付額	千 円
	療養費発生日	年 月 日 (支払と診療・装着で遅い日付)	同装具作成履歴	(有 年 月 日)
	被保険者 認定日 喪失日	年 月 日 年 月 日	装具の耐用年数	年 ヶ月
	被扶養者 認定日 喪失日	年 月 日 年 月 日	×	