【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　《はり・きゅう》

＊申請の対象は該当する傷病で医師による治療手段がないときです。

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		
	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」等とせずに詳しくご記入ください）	【日時】　　年　　月　　日　　午前・午後　時頃　【場所】 【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）				
	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） 円	
		入院	年　月　日～　年　月　日迄			
	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			□はい □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			□はい　⇒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**
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

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

□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	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