

【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→お勤め先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

《立替払》

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 ()			印	
	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		
	発病または 負傷の状況 (「不明」等とせずに詳 しく述べて下さい)	【日時】 年 月 日 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						
	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			
	受診した理由	<input type="checkbox"/> マイナ保険証の手続き中 <input type="checkbox"/> マイナ保険証不携帯 <input type="checkbox"/> その他(理由:)						
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							

【添付書類】(すべて原本)

・ 医療機関等へ(10割全額)支払った場合

領収書(原本)

診療明細書または診療報酬明細書

<補足事項>

・領収証と診療明細書は1枚で記載されている場合があります。(領収書に点数の記載があれば1枚で可)

・領収書に点数の記載がなく診療明細書がない場合は、病院へ診療報酬明細書をお取り寄せください。

・ 以前加入していた健康保険組合や国民健康保険へ支払った場合

領収書(原本)

診療報酬明細書 ※封を開けずに添付してください。

<補足事項>

・医療機関等の領収書を提出いただく必要はありません。

・診療報酬明細書(レセプト)は国民健康保険(お住まいの自治体)や他の健康保険組合で発行されます。

【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 喪失日	年 月 日	被扶養者	認定日 喪失日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		