

【申請ルート】

BSJ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

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

(家族) 療養費支給申請書 《小児治療用眼鏡》

申請の対象は9歳未満の弱視・斜視・先天性白内障手術後の屈折矯正の治療によるものです。

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 ⑨		
	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	平・令 年 月 日生 (歳)	続柄		
	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 年 月 日 ~ 年 月 日迄	購入した 費用の額	(添付した領収書の金額) 円	

*再作製については健康保険組合HPをご参照ください。

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】

- 購入した眼鏡等の領収書(原本)
- 患者の検査結果(写し)
- 眼科医の治療用眼鏡等の作製指示書(写し)

【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	作製履歴	有 ・ 無
		喪失日	年 月 日		(年 月 日)
	被扶養者	認定日	年 月 日	前回作製時年齢	歳
		喪失日	年 月 日	耐用年数	年 ヶ月