

記入見本

【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 受診者に○の方→お勤め先の社会保険 本人氏名を記入してください

事業所担当部署	
係	長

(本人・**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治療によるものです。

○年 ○月 ○日 提出

本人	被保険者等 記号・番号	記号 ○○○○ 番号 ○○○○○○	被保険者 氏名	健保 太郎 ①	
	事業所名 所属部署	ブリヂストン○○○○ ○○○部 ○○○課	被保険者 住居	〒○○○ - ○○○○ ○○県○○市○○町 ○-○ 電話 △△△△(○○)××××	
記入欄	家族の 支給申請	申請家族の 氏名	健保 二郎 昭・平・令 ○○年 ○○月 ○○日生(○○歳)	続柄	次男
	治療の内容、 その後の経過	治療用の眼鏡を作製 本人からみた受診者家族の続柄			
受診した 医療機関	所在地	○○県○○市○○町○-○			
	名称	○○眼科			
	医師名	○○ ○○○			
治療を受けた 期間	通院	○○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
	入院	年 月 日 ~ 年 月 日			

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	前回作製年数	歳
		喪失日	年 月 日	耐用年数	年 ヶ月

健康保険組合にて記入