

記入見本

【申請ルート】

BSJ本社所属 受診者に○ → ブリヂストン健康保険組合へ送付
 BSJのTC/YTC 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	健保 太郎 昭平 ○○年 ○○月 ○○日生	
	事業所名 所属部署	ブリヂストン○○○○ ○○○部 ○○○課	被保険者 住所	〒○○○ - ○○○○ ○○県○○市○○町○-○ 電話 △△△△(○○)×××	
	家族の 支給申請	申請家族の 氏名	健保 花子 昭平 ○○年 ○○月 ○○日生(○○歳)	続柄	妻
	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】 自宅 【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) 熱が出て咳が止まらなかつた			
	治療の内容、 その後の経過	診察・点滴・投薬			
	受診した 医療機関	所在地	○○県○○市○○町○-○		
		名称	○○内科医院		
		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		
受診した理由		□マイナ保険証の手続き中 <input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証不携帯 □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		□はい <input checked="" 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		□はい →事故届等をご提出ください <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			

【添付書類】(すべて原本)

- 医療機関等へ10割分支払った場合
 - 領収書(原本)
 - 診療報酬明細書または診療明細書
 <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(レセプト) ※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		健康保険組合にて記入			
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