

【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》

* 申請の対象はブリヂストン健康保険組合の保険証を使用せず診療を受けたとき等です。

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	⑨ 昭・平・令 年 月 日生		
	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 (歳)		続柄	
	発病または 負傷の状況 (「不明」等とせず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】(なにをされていて、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 入院	年 月 日 ~ 年 月 日迄 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	
	ブリヂストンの健康保険証を 使用せず受診した理由		<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		

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
- 診療(調剤)報酬明細書(レセプト) ※封を開けずに添付してください。
* 窓口精算時に渡される診療明細書とは異なります。
発行についての問い合わせ先
 - ・ 保険証を持たずに受診した場合は医療機関へ
 - ・ 前資格の保険証で受診した場合は加入されていた健康保険組合、国保の方は自治体へ

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