

【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 | (印) 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」等とせずに詳 しく述べて下さい) | 午前・午後 【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) 円 | |
| | | 入院 | 年 月 日 ~ 年 月 日 迄 | | | | | | |
| 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 | 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 | | |

