

記入見本

【申請ルート】

BSJ本社所属及び
BSJのTC/YTC/工場
受診者に○ →プリヂストン健康保険組合へ送付
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 《はり・きゆう》

本人氏名を記入してください

*申請の対象は該当する傷病で医師による治療手段がないときです。

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 (印) 昭・平 ○○年 ○○月 ○○日生		○年 ○月 ○日 提出	
	事業所名 所属部署	プリヂストン○○○○ ○○○部 ○○○課		被保険者 住 所	〒○○○ - ○○○○ ○○県○○市○○町1-1 電話 △△△△(○○)××××		
	家族の 支給申請	申請家族の 氏名	健保 花子 昭・平 令 ○○年 ○○月 ○○日生 (○○ 午前・午後		続柄	妻	
	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 時頃	【場所】	本人からみた受診者家族の続柄		
	治療の内容、 その後の経過	状況を詳しくご記入ください					
	受診した 医療機関	所在地	○○県○○市○○町○-○		名称	○○医院	
		医師名	○○ ○○○				
	治療を受けた 期 間	通院 入院	○○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		
	傷病の原因が業務上や通勤途上の場合、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					

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
- 医師の同意書(初回および再同意の都度)
同意書有効期間
・初回同意日・再同意日が15日以前の場合は5カ月後の月末
・初回同意日・再同意日が16日以降の場合は6カ月後の月末
- 施術師の記入した療養費支給申請書 ※往療料が発生している場合はその明細書も添付してください

【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	初回 同意書	開始 日	年 月 日
		喪失日	年 月 日	再 同意書	開始 日	年 月 日
	被扶養者	認定日	年 月 日	再 同意書	開始 日	年 月 日
		喪失日	年 月 日	再 同意書	有効日	年 月 日

健康保険組合にて記入