

【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 《 臍帯血・生血 》

* 申請の対象は、臍帯血を搬送した時と、生血液の輸血を受けたときです。
保存血を輸血した場合は保険診療の対象となるためこの書類の提出は不要です。 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	⑩ 昭・平・令 年 月 日生		
	事業所名 所属部署		被 保 険 者 住 所	〒 ー 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」等とせず詳しく記入ください)	【日時】 年 月 日 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	
	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 ☐ 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 ☐ 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】(写し と記載があるもの以外はすべて原本)

- 臍帯血を搬送した場合
- ☐搬送に要した費用とルートを証明した領収書(医療機関が発行した領収書)
 - ☐運送会社が医療機関に対して発行した領収書の写し
 - ☐医師または歯科医師の意見書(傷病名、搬送理由、搬送元、区間:詳細な経路、期間、回数)
 - ☐医師照会の同意書
- 生血液の輸送を受けた場合
- ☐医療機関が発行した領収書(血液の費用額や、輸送にかかった費用の内訳が記載されているもの)
 - ☐運送会社が医療機関に対して発行した領収書の写し
 - ☐輸血証明書(輸血回数の記入のあるもの)
 - ☐医師照会の同意書

【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かかる場合があります。
- ※被保険者給与口座(任継加入者は健保ご登録の口座)に振込まれます。
- ※振込は毎月1回、原則10日(金融機関等休日の場合は翌営業日)となります。
- ※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。

臍帯血および造血幹細胞を必要とする医師または歯科医師の意見書

患者氏名						
生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日		
傷病名						
臍帯血および造血幹細胞を必要とする理由 ※症状、その他具体的に記入してください。						
搬送元 (住所・医療機関名)						
搬送先(住所・医療機関名)						
移送の回数						
搬送期間	年	月	日～	年	月	日
上記の通り搬送の必要を認めます。 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話						
印						

同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、ブリヂストン健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対してブリヂストン健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。また、上記照会を行うにあたり、ブリヂストン健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。

後日、本件についてブリヂストン健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。

なお、本書の写しも有効と致します。

ブリヂストン健康保険組合 理事長 様

同意日 令和 年 月 日

被保険者等
記号・番号

氏名 _____ 印
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日