

記入見本

【申請ルート】

BSJ本社所属の方→ブリヂストン健康保険組合へ送付
 BSJのTC/YT受診者の方→お勤めの社会保険担当部署へ送付→

事業 係	本人氏名（保険証に被保険者と記載のある氏名を記入） 必ず押印をしてください
---------	--

（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や輸血(生血)です。

〇年 〇月 〇日 提出

本人 記入 欄	保険証の 記号・番号	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇	被保険者 氏名	健保 太郎 備保		
	事業所名 所属部署	ブリヂストン〇〇〇〇 〇〇〇部 〇〇〇課	被保険者 住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇 電話 △△△(〇〇)××××		
	家族の 支給申請	申請家族の 氏名	健保 花子	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】 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇時頃 【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)	昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (〇〇歳) <small>午前 午後</small>	自宅	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	診察・点滴・投薬				
	受診した 医療機関	所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇 名称 〇〇内科医院 医師名 〇〇 〇〇〇				
	治療を受けた 期間	通院 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日迄 入院 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日迄	治療した 費用の額	(添付した領収書の金額) 〇〇〇 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 checked="" type="checkbox"/> 保険証の手続き中 <input type="checkbox"/> 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、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 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		<input type="checkbox"/> はい ⇒事故届等をご提出ください <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			

被保険者のマイナンバー記載欄 ※被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です

記入は不要です

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後ろにずれます)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

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	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