

【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《小児治療用眼鏡》

*申請の対象は9歳未満の弱視・斜視・先天性白内障手術後の屈折矯正の治療によるものです。

年 月 日 提出

本人記入欄	保険証の 記号・番号	記号 番号	被保険者 氏名	昭・平 年 月 日生 (印)		
	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	平・令 年 月 日生 (歳)	続柄		
	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	購入した 費用の額	(添付した領収書の金額) 円	

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

*再作製については健康保険組合HPをご参照ください。
 (病気やケガをしたとき→立て替え払いをしたとき→治療用装具や小児用眼鏡等の再作製について)

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】

- 購入した眼鏡等の領収書(原本)
- 患者の検査結果(写し)
- 眼科医の治療用眼鏡等の作製指示書(写し)

【給付金について】

- ※診療月より原則2カ月後に健保へ届く医療機関からの診療内容の確認後となります
 (診療記載内容によっては通常よりお時間を要する場合がございます)
- ※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	被保険者	認定日	年 月 日	作製履歴	有 ・ 無
		喪失日	年 月 日		(年 月 日)
	被扶養者	認定日	年 月 日	前回作製時年齢	歳
		喪失日	年 月 日	耐用年数	年 ヶ月