【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　《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等です。

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・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」等とせずに詳しくご記入ください）	【日時】　年　月　日　午前・午後　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 医師名				
	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			
	ブリヂストンの健康保険証を使用せず受診したた理由	□保険証の手続き中　□保険証不携帯 □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				□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	

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**

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掛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					
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