被保険者･被扶養者

療養費支給申請書

被保険者等の記号・番号	－	事　業　所の　名　称				
被扶養者(家族)に関する申請のとき	被扶養者(家族)氏　名		被扶養者(家族)生年月日	年　月　日	被保険者(本人)との続柄	

	理　由	必　要　書　類
療養費支給申請理由（いずれかに○） **領収書は原本を添付のこと（コピー不可）**	①　当健保組合の資格がありながら、以前加入していた健康保険の資格で医療機関へ受診したため、前保険者へ医療費を返還した。	⇒前保険者へ支払った「領収書」・「診療報酬明細書」（開封厳禁の封書） ※医療機関へ支払った領収書は不要です。
	②　医療機関等で健康保険の資格が確認できず、保険適用分でありながら、医療機関へ全額自費で支払った。	⇒医療機関へ支払った「明細付領収書」 ※明細付でない場合は、別途、医療機関で発行された「診療報酬明細書」、又は、続紙「領収明細書」への証明、いずれかが必要。
	③　医師の指示により装具を作成し、装具代を支払った。 ※支給上限金額が決まっている装具もあります。	⇒装具会社へ支払った「内訳明細付領収書」 ・「医師の意見書および装具装着証明書」 ・靴型装具作成の場合は「装具の写真」
	④　9歳未満の小児弱視等の治療で、眼鏡・ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞを作成し、支払った。 ※支給上限金額が決まっています。	⇒眼鏡等の「領収書」（品名、対象者名のわかるもの） ※ｸﾚｼﾞｯﾄ票不可 「医師の眼鏡等作成指示書・検査結果」の写し
	⑤　治療上必要となる、はり・きゅう・マッサージ代を全額支払った。	⇒「領収書」・「医療機関の同意書」 「明細書」（施術内容別内訳金額がわかるもの）
	⑥　その他（　　）	
	＊海外での療養における給付は別申請用紙（海外療養費支給申請書）となります。	⇒「領収（診療内容）明細書」（日本語翻訳文添付：翻訳者住所・氏名記載）・「領収書」 ※歯科の場合は歯科専用明細書で申請

交通事故等第三者行為災害による負傷ですか	はい　・　いいえ ※「はい」の場合、「第三者行為災害届」を添付してください。 （既に提出している場合は不要）	通勤途上・業務上による負傷ですか	はい　・　いいえ
傷　病　名（必ず記載）		（外傷性の場合）負傷原因	
振込希望銀行	銀行　　支店（普通・当座）No　　カナメイギ（　　） （支店番号　　）　**※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付**	※被保険者本人名義の口座**（家族不可）**	

ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿

上記のとおり療養費を請求いたします。

年　月　日

被保険者の　住　所 〒　－

氏　名　　印

電話番号（　　）

※在職中の方は現在お勤めの各会社・団体の人事へ、退職後の方は、直接健保組合へご提出ください。

※療養費支給申請理由が同一内容（①～⑥）であれば、受診医療機関が数か所あっても、一人につき１枚の申請書で請求できます。

貼付位置　　領収書原本（コピー不可）をこの部分に糊付けで貼付してください。

＊　以下証明は、療養費支給申請事由②の場合で、診療報酬明細書・領収書（原本）・明細付領収書（原本）が添付できない場合に、医療機関で記入してもらって下さい。

領　収　明　細　書

（　　月　　日から　　月　　日までの分）

患者名		傷病名			
初診	時間外 休日 深夜　　円		注射	皮下筋肉内・静脈内　　回　　円 点滴注射　　回　　円 その他　　回　　円	
再診	再診　　回　　円 時間外　　回　　円 休日　　回　　円 深夜　　回　　円		検査	回　　円 　　回　　円 薬剤　　回　　円	
	外来管理加算　　回　　円		画像	回　　円 　　回　　円	
指導	回　　円		処置及び手術	回　　円 　　回　　円 　　回　　円 薬剤　　回　　円	
投薬	内服　　単位　　円 頓服　　単位　　円 外用　　単位　　円 調剤　　単位　　円 調基　　回　　円				
入院	入院基本料　　日間　　円 特定入院料　　日間　　円 入院時食事療養費　　回　　円		その他	回　　円 　　回　　円 　　回　　円	
			領収金額	円	

上記のとおり領収いたしました。　　年　　月　　日

医療機関住所（所在地）〒　　－

医療機関名

医師氏名　　印

電話番号（　　）

（注意事項）

・歯科診療の場合は歯科用診療報酬明細書を添付するか、歯科用領収明細書を作成してもらってください。