療養費支給申請書　～事業主の方へ～

ﾍﾞﾈｯｾｸﾞﾙｰﾌﾟ健康保険組合

支給日

当健保組合では、毎月４回、支払日を設けております。（5 日頃、15 日頃、25 日頃、月末頃）
受付から支払いまで、10 営業日以降の支払い日となります。
支給・不支給決定後は、「支給決定通知書」「不支給決定通知書」を自宅へお送りしております。

【療養費支給申請理由】　※海外療養費は申請用紙が異なります（医科・歯科別あり）。

●①～⑥　それぞれ必要書類を確認してください。**「領収書」はすべて原本が必要**です。
「控え」が必要な場合は事前にコピーをとっておいてもらってください。
健保組合へ提出された後は、返却又はコピーをとることが一切できませんのでご注意ください。

●①の場合、「開封厳禁」と記載した封筒（診療報酬明細書）を添付していただきますが、この封筒の中に、領収書（原本）が入っていることはありませんので、必ず、国保等保険者へ支払った領収書原本も添付されているか確認してください。（医療機関の領収書ではありません）
なお、添付書類を紛失した場合は、支払いしたところへ相談してもらってください。

●受診医療機関が複数あっても、申請理由が同一であれば、一人につき１枚の申請書で申請できます。

【振込希望銀行】※記載誤りの場合は決定振込日より遅くなります。

●被保険者本人（当健保組合グループ会社でお勤めの方）名義の口座になっているかどうか確認ください。
（家族名義になっていることが多々あります）
記載不備の場合に備え、給与振込と同じ口座を指定されることをおすすめします。
ゆうちょ銀行振込希望の場合は、通帳表紙の裏面コピーが必要です。

【被保険者の住所・氏名】

●被保険者本人（当健保組合グループ会社でお勤めの方）の郵便番号・住所・氏名を確認ください。
（家族氏名になっていることが多々あります）
記載のない場合、不備の場合は、「支給決定通知書」を自宅へ送付できません。（事業所経由でお送りします）

【その他】

●「控え」が必要な場合は事前にコピーをとっておいてください。
振込完了後はコピーをとることができません。

●健保組合への問い合わせは、必ず、「被保険者証の記号・番号・氏名」で照会ください。

該当する事項に○

被保険者・被扶養者

療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号	９９９ －１２３４	事業所の名称	○○○○株式会社（退職後請求の場合は在職中の事業所を記載）

被扶養者（家族）に関する申請のとき	被扶養者（家族）氏名	※家族の申請の時に記入	被扶養者（家族）生年月日	対象家族の生年月日（和暦）　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、以前加入していた被保険者証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 被保険者証が発行される前（又は持参せず）に受診し、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」 科の場合は歯科専用明細書で申請

該当する事項に○をし、右記の書類を添付してください。

該当する事項に○

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

該当する事項に○

傷病名	右大腿骨骨折	負傷原因（外傷性の場合）	スキーで転倒し負傷

振込希望銀行	○○　銀行　△△　支店（普通・当座）No ×××××××　カナメイギ（ケンポ　タロウ） （支店番号□□□） ※被保険者本人名義の口座（家族不可） ※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

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。

平成○○ 年 ○ 月 ○ 日
（記入日）

被保険者の　住　所　〒ＸＸＸ－ＸＸＸＸ
○○県○○市・・・・

氏　名　健保　太郎　　印

電話番号　（ＸＸＸ－ＸＸＸ－ＸＸＸＸ ）

※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	薬剤　回　円 回　円 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	薬剤　回　円 回　円 回　円 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。