

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	—		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
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)	理由			必要書類		
	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。 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。 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。 ④ 9歳未満の小児弱視等の治療で、眼鏡・コンタクトレンズを作成し、支払った。 ※支給上限金額が決まっています。 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。 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。			⇒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。 ⇒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。 ⇒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」 ⇒眼鏡等の「領収書」（品名、対象者名のわかるもの） ※クレジット票不可 「医師の眼鏡等作成指示書・検査結果」の写し ⇒「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） ⇒「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			負傷原因 (外傷性の場合)			
振込希望銀行	銀行		支店（普通・当座） (支店番号)	No. _____	カナメイギ ()	
※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。 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		皮下筋肉内・静脈内 回 円	
	休日		点滴注射 回 円	
	深夜	円	その他 回 円	
再診	再診	回 円	検査	
	時間外	回 円		
	休日	回 円		
	深夜	回 円		
	外来管理加算	回 円	画像	
指導		回 円		
投薬	内服	単位 円	処置及び手術	
	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	その他	
	特定入院料	日間 円		
	入院時食事療養費	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



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。