

療養費支給申請書 ～被保険者の方へ～

ベネッセグループ 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)

振込希望支払日の10営業日前までに健保組合へ申請書が到着することが必要です。

支給・不支給決定後は、「支給決定通知書」「不支給決定通知書」をお送りします。

(確定申告・公費助成等で必要な場合がありますので、必ず保管しておいてください)

【提出先】

- 在職中の方は、各会社・団体の人事へ、退職後の方は、直接健保組合へ提出してください。

「被保険者証の記号・番号」「事業所の名称」は、ベネッセグループ健保組合加入(在職)中における情報を記入してください。

【被扶養者(家族)に関する申請のとき】

- 被扶養者(家族)の氏名・生年月日・被保険者本人との続柄を記載してください。

(被保険者本人(当健保組合グループ会社でお勤めの方)ご自身の申請の場合は、この欄は空欄で結構です)

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

- ①～⑥ それぞれ必要書類を添付して申請してください。「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、前加入健康保険(国民健康保険)へ支払完了後、「開封厳禁」と記載された封筒(診療報酬明細書)がもらえます。なお、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、支払時の領収書も添付してください。紛失した場合は、支払いした保険者へ相談してください。
- 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。

- 被保険者本人名義の口座に限らせていただきます。(家族名義になっていることが多々あります)

特に氏名変更で名義変更される際には、当請求中に変更しないよう、ご注意ください。

記載不備の場合に備え、給与振込と同じ口座を指定す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・印】

- 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・氏名を記載してください。

(家族氏名になっていることが多々あります)押印も忘れないようお願いします。

【その他】

- 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	〇〇〇〇株式会社 (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
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	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	〇〇 銀行 △△ 支店 (普通・当座) (支店番号□□□)		※被保険者本人名義の口座 (家族不可) No. ×××××××× カナメイギ (ケンボ タロウ) ※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。 平成〇〇年〇月〇日 (記入日)					
被保険者の住所		〒XXX-XXXX 〇〇県〇〇市.....		印	
氏名		健保 太郎			
電話番号 (XXX-XXX-XXXX)					

※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ください。

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		注 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 薬剤 回 円
	時間外	回 円	
	休日	回 円	
	深夜	回 円	
	外来管理加算	回 円	画像 回 円
指導		回 円	
投薬	内服	単位 円	処置及び手術 薬剤 回 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	その他 回 円
	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

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。