

(被保険者・家族) 療養費・療養付加金支給申請書

アステラス健康保険組合理事長 殿

提出日: 令和 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	—	被保険者 氏名	印		
会社名		被保険者 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 年 月 日 歳		
被保険者の現住所	〒 — 自宅電話番号				
傷病名		発症・ 負傷の 年月日	平成・令和 年 月 日		
申請が被扶養者 に関する場合は その者の	氏名	被扶養者 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 年 月 日 歳	続柄	
発病又は 負傷の原因					
診療を受けた 医療機関の	名称 医師	所在地 電話			
診療内容の概略				入院・通院	
診療の期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			日間	
要した費用の額	海外療養費の 場合は通貨名				
療養の給付を受ける ことができなかった理由					
第三者による行為で 負傷したものですか	はい・いいえ	健保への届出の有無	あり・なし		
第三者の氏名・住所					
委任状 (全員記入)	本申請に基づく受領を代理人に委任いたします。 令和 年 月 日 被保険者氏名 印 * 振り込みに必要な項目となりますのでご記入願います				
振込先 (任意継続者・ 退職者のみ)	銀行名 (ゆうちょ銀行不可)		支店名		
	種 別	普通・当座	口座番号		

【提出先・添付書類・記入例】アステラス健康保険組合HPで確認してください。

*ご提出いただいた書類の返却はいたしません。添付書類は原本を添付し、必要に応じてコピーをとって下さい。

【振込日】申請内容を審査して支給の可否を決定しているため、支給決定までに時間がかかります。

支給日については支給決定通知書にてご確認願います。

【振込先】任意継続者、支給月に退職している場合は被保険者ご本人の振込先口座をご記入願います。

* 名義は戸籍と同じであること(旧姓名義は不可)

【通 知】支給月の月初にご自宅または事業所に支給決定通知書を送付いたします。