

(□被保険者・□家族)療養費・療養付加金支給申請書

いずれか該当するものに✓を入れること

アステラス健康保険組合 理事長殿

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号 - 番号	—		被保険者 の氏名				
	会社名							
	受診者氏名		受診者の 生年月日 年齢	和暦 年 月 日	続柄	歳		
	申請理由 該当番号に✓ その他は () 内に 理由を記入	<input type="checkbox"/> 保険証交付手続き中、又は緊急でやむを得ず受診し保険証不携帯だった <input type="checkbox"/> 医師の指示により治療用装具を作成した <input type="checkbox"/> 海外で受診した <input type="checkbox"/> その他 ()						
	傷病名			発病又は 負傷の日	令和	年	月 日	
	発症又は負傷 の原因							
	診療を受けた 医療機関	名称			診療した 医師氏名			
		所在地及び 電話番号						
	診療の内容						<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	
	診療期間・日数	令和 年 月 日～ 年 月 日					日間	
	療養に要した 費用の額 (国内)	円	海外療養費の 場合は 金額と通貨名 (海外)	()				
	第三者の行為に よる負傷ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はいの場合 健保への 届出	<input type="checkbox"/> 届出済み <input type="checkbox"/> 未届け				
上記の通り申請します。(なお在職中の給付金の受領については事業主に委任します) (注1) 令和 年 月 日 被保険者の 氏名 _____ 被保険者の 郵便番号 _____ 被保険者の 住所 _____ 被保険者の 電話番号 _____								

※退職後に請求する場合は記入(本人名義に限る、旧姓名義は不可)

振 込 先	銀行名 *ゆうちょ銀行は不可	支店名	口座種別	口座番号			
			普通				
	フリガナ						
口座名義							

【お願い】領収書は原本を提出して下さい。

なお、提出された書類は返却できません。必要に応じコピーを取ってから提出して下さい。

【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、支給月の月初にご自宅又は事業所に届く支給決定通知書にてご確認願います。

(注1) 退職者・任意継続被保険者には直接支給します。