

(被保険者(家族)療養費・療養付加金支給申請書

いずれか該当を○で囲むこと

《記入例 保険証無しで受診 家族》

アステラス健康保険組合 理事長殿

| | | | | | |
|---|---|----------------------------|---------------|-----------|-------|
| 被保険者証の記号-番号 | 101-0000 | 被保険者の氏名 | アステラス 太郎 | | |
| 会社名 | アステラス製薬株式会社 | | | | |
| 受診者氏名 | アステラス 健太郎 | 受診者の生年月日 年齢 | 和暦 平成 | 〇〇年 1月 1日 | 20歳 |
| 申請理由 該当番号に○ 4は()内に理由を記入 | 1. 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 2. 医師の指示により治療用器具を作成した 3. 海外で受診した 4. その他() | | | | |
| 傷病名 | 急性上気道炎 | 発病又は負傷の日 | 令和 4年 12月 12日 | | |
| 発症又は負傷の原因 | 不詳 | | | | |
| 診療を受けた医療機関 | 名称 | アステラス健康 病院 | 診療した医師氏名 | 鈴木 健康 | |
| | 所在地及び電話番号 | 東京都中央区〇町1-1 電話03-3244-9999 | | | |
| 診療の内容 | 診察、投薬 | | | | 入院・通院 |
| 診療期間・日数 | 令和 4年 12月 12日～ 4年 12月 12日 | | | | 1 日間 |
| 療養に要した費用の額(国内) | 2,020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 | はい・いいえ | はいの場合健保への届出 | 届出済み・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 5年 1月 10日 被保険者の 氏名 アステラス 太郎 被保険者の 郵便番号 100-1010 被保険者の 住所 東京都中野区中野2-2-2 被保険者の 電話番号 03-1234-5678 | | | | | |

月ごと、医療機関ごとに申請書を作成して下さい
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。

| | |
|--|--------|
| 添付書類 | |
| (1) 領収書 (2) 診療内容の分かる明細書 ※診療報酬明細書、診療明細書、領収(診療)明細書など 傷病名、薬剤名、検査名、処置名、手術名等の記載があるもの | いずれも原本 |

注：新生児健診など健康診断費用は、保険適用ではない為申請は出来ません。

※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。