

(被保険者・家族) 療養費・療養付加金支給申請書

《記入例:海外で療養を受けた(本人)》

アステラス健康保険組合理事長 殿

提出日: 令和 2年 5月 20日

|                               |  |                    |                         |       |  |
|-------------------------------|--|--------------------|-------------------------|-------|--|
| 被保険者証の<br>記号・番号               | 101—8888   | 被保険者<br>氏名         | アステラス太郎 印               |       |  |
| 会社名                           | アステラス製薬株式会社  | 被保険者<br>生年月日<br>年齢 | 昭和・平成・令和<br>44年1月1日 51歳 |       |  |
| 被保険者の現住所                      | 自宅電話番号<br>New Jersey, 12345, USA   |                    |                         |       |  |
| 傷病名                           | 虫歯   | 発症・<br>負傷の<br>年月日  | 平成・令和<br>2年2月2日         |       |  |
| 申請が被扶養者<br>に関する場合は<br>その者の    | 氏名   | 被扶養者<br>生年月日<br>年齢 | 昭和・平成・令和<br>年月日 歳       | 続柄    |  |
| 発病又は<br>負傷の原因                 | 歯の痛み   |                    |                         |       |  |
| 診療を受けた<br>医療機関の               | 名称 NJ Dental clinic<br>医師 Dr.takashi suzuki  | 所在地<br>電話          | New Jersey 55555, USA   |       |  |
| 診療内容の概略                       | 診察・治療  |                    |                         | 入院・通院 |  |
| 診療の期間                         | 平成・令和 2年 2月 2日 ~ 平成・令和 2年 2月 6日  |                    |                         | 2日間   |  |
| 要した費用の額                       | 米ドル  | 300\$              |                         |       |  |
| 療養の給付を受けるこ<br>とができなかった理由      | 海外居住のため  |                    |                         |       |  |
| 第三者による行為で<br>負傷したものは<br>ないですか | 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<br><br>(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 2年 5月 20日<br>被保険者氏名 アステラス太郎 印<br>*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<br><br>(任意継続者・<br>退職者のみ)  | 銀行名<br>(ゆうちょ銀行不可)  |                    | 支店名                     |       |  |
|                               | 種別   | 普通・当座              | 口座番号                    |       |  |

\* 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。

| 添付書類  |       |
|---|-------|
| (1) 受診経過報告書(医科)または(歯科)  | 本人が記入 |
| (2) 診療内容明細書(医科)または(歯科)  | 医師が記入 |
| (3) 領収証   | 原本    |
| (4) 渡航確認書類…パスポートの写し<br>1. 診療を受けた方の顔写真のページ<br>2. 出入国のスタンプが確認できるページ | 写し    |
| (5) 調査に関わる同意書   | 本人が記入 |
| (6) 処方薬について(調剤の場合のみ添付)  | 本人が記入 |
| (7) (2)の翻訳、翻訳した人の署名をする  |       |

【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。