

(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 海外で療養を受けた 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 昭和 | 〇〇年 1月 1日 | 20 歳 続柄 長男 |
| 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 | 虫歯 | 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 | 歯の痛み | | | | |
| 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 | Dr.takashi suzuki | |
| | 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、治療 | | | | 入院・通院 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 診療期間・日数 | 令和 4年 12月 12日～ 4年 12月 13日 | | | 2 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) | 300 \$ | (アメリカドル) | |
| 第三者の行為に よる負傷ですか | はい・いいえ <input checked="" type="checkbox"/> | | 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 | | | | | |

■やむを得ず海外で療養を受けたとき
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) 診療内容明細書 (医科) または (歯科) 様式A | 医師が記入 |
| (2) 領収証明細 様式B | 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 1. 診療を受けた方の顔写真のページ 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・署名欄 | 本人が記入 |
| (6) (1)(2)の翻訳、翻訳した人の署名をする | 本人が記入 |
| (7) 処方薬について (調剤の場合のみ添付) | |

※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。