

(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

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 太郎		受診者の生年月日 昭和〇〇年 1月 1日	和暦 年齢	40歳	続柄	本人妻など	
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装具を作成した 3. 海外で受診した 4. その他()							
傷病名	虫歎		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			
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 金額と通貨名(海外)	300\$ (アメリカドル) 実際にご自身が支払った額を記載ください					
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								

※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)

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。

■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 (様式A (医科) または 様式C (歯科))	医師が記入(原本)
(2) 領収証明細 様式B	医師が記入(原本)
(3) 領収証	原本
(4) 渡航確認書類 : 以下のどちらか ・パスポートのコピー (氏名 顔写真のページと当該期間の出入国スタンプの箇所) ・ビザのコピー (氏名と有効期限が記載されたもの)	写し
(5) 調査に関わる同意書・署名欄	本人が記入(原本)
(6) (1)(2)の翻訳と翻訳者の署名・日付	本人が記入(原本)
(7) 海外の病院で発行された診療明細書と領収明細書	原本