

(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 治療用眼鏡を作成 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	続柄 6歳 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 (治療用眼鏡)				
傷病名	弱視	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	弱視				
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	弱視				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)	25,023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					

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 ※レンズとフレームのそれぞれ金額が記載してあるもの ※レンズとフレームのセット料金の場合は、その旨を記載	いずれも原本
(2) 治療用眼鏡等の作成指示書 ※病名の記載があるもの	

※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。