

(被保険者・家族) 療養費・療養付加金支給申請書

《記入例: 保険証なしで受診をした(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 記号・番号	101—8888	被保険者 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 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 44年1月1日 51歳		
被保険者の現住所	〒100—1010 自宅電話番号 東京都中野区中野2—2—2		03—1234—5678		
傷病名	急性上気道炎	発症・ 負傷の 年月日	平成・令和 2年2月2日		
申請が被扶養者 に関する場合は その者の	氏名	被扶養者 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 年 月 日 歳	続柄	
発病又は 負傷の原因	風邪による急な発熱				
診療を受けた 医療機関の	名称 聖路加国際病院 医師 鈴木 健康	所在地 電話	東京都中央区明石町9—1 03—3244—9999		
診療内容の概略	診察、投薬		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 2日		1日間		
要した費用の額	2,020円				
療養の給付を受けるこ とができなかった理由	保険証を持参しなかったため				
第三者による行為で 負傷したものですか	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 (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 被保険者氏名 アステラス太郎 印 * 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 (任意継続者・ 退職者のみ)	銀行名 (ゆうちょ銀行不可)		支店名		
	種 別	普通・当座	口座番号		

月ごと、医療機関ごと領収書ごとに申請書を作成してください

* 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。

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

【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。

(被保険者・家族)療養費・療養付加金支給申請書

《記入例:保険証なしで受診をした(家族)》

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 記号・番号	101—8888	被保険者 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 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 44年1月1日 51歳		
被保険者の現住所	〒100—1010 自宅電話番号 東京都中野区中野2—2—2		03—1234—5678		
傷病名	急性上気道炎	発症・ 負傷の 年月日	平成・令和 2年2月2日		
申請が被扶養者 に関する場合は その者の	氏名 アステラス健太郎	被扶養者 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 15年4月1日17歳	続柄	長男
発病又は 負傷の原因	風邪による急な発熱				
診療を受けた 医療機関の	名称 聖路加国際病院 医師 鈴木 健康	所在地 電話	東京都中央区明石町9—1 03—3244—9999		
診療内容の概略	診察、投薬		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 2日		1日間		
要した費用の額	2,020円				
療養の給付を受けるこ とができなかった理由	保険証を持参しなかったため				
第三者による行為で 負傷したものですか	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 (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 被保険者氏名 アステラス太郎 印 * 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 (任意継続者・ 退職者のみ)	銀行名 (ゆうちょ銀行不可)		支店名		
	種 別	普通・当座	口座番号		

月ごと、医療機関ごと領収書ごとに申請書を作成してください

* 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。

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

【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。

(被保険者・家族) 療養費・療養付加金支給申請書

《記入例:装具を作成した(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 記号・番号	101—8888	被保険者 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 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 44年1月1日 51歳		
被保険者の現住所	〒100—1010 自宅電話番号 東京都中野区中野2—2—2		03—1234—5678		
傷病名	腰部椎間板症	発症・ 負傷の 年月日	平成	令和	2年2月2日
申請が被扶養者 に関する場合は その者の	氏名	被扶養者 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 年 月 日 歳	続柄	
発病又は 負傷の原因	不詳				
診療を受けた 医療機関の	名称 聖路加国際病院 医師 鈴木 健康	所在地	東京都中央区明石町9—1 電話 03—3244—9999		
診療内容の概略	診察、投薬		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2日		1日間		
要した費用の額	25,023円				
療養の給付を受けるこ とができなかった理由	装具製作を業者に依頼したため				
第三者による行為で 負傷したものは 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 (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 被保険者氏名 アステラス太郎 印 * 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 (任意継続者・ 退職者のみ)	銀行名 (ゆうちょ銀行不可)		支店名		
	種 別	普通・当座	口座番号		

月ごと、医療機関ごと、領収書ごとに申請書を作成してください

* 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。

(1) 領収書 ※装具の内容が記載してあるもの または 明細書を添付	いずれも原本
(2) 医師の同意書 ※装着証明書、弾性着衣等装着指示書 など	
靴型装具の場合のみ	
(3) 装具の写真 (患者が実際に装着していることが確認できるもの)	

【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。

(被保険者・家族)療養費・療養付加金支給申請書

《記入例:装具を作成した(家族)》

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 記号・番号	101—8888	被保険者 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 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 44年1月1日 51歳		
被保険者の現住所	〒100—1010 自宅電話番号 東京都中野区中野2—2—2		03—1234—5678		
傷病名	腰部椎間板症	発症・ 負傷の 年月日	平成・令和 2年2月2日		
申請が被扶養者 に関する場合は その者の	氏名 アステラス健太郎	被扶養者 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 15年4月1日17歳	続柄	長男
発病又は 負傷の原因	不詳				
診療を受けた 医療機関の	名称 聖路加国際病院 医師 鈴木 健康	所在地 東京都中央区明石町9—1	電話 03—3244—9999		
診療内容の概略	診察、投薬		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 2日		1日間		
要した費用の額	25,023円				
療養の給付を受けるこ とができなかった理由	装具製作を業者に依頼したため				
第三者による行為で 負傷したものは 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 (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 被保険者氏名 アステラス太郎 印 * 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 (任意継続者・ 退職者のみ)	銀行名 (ゆうちょ銀行不可)		支店名		
	種別	普通・当座	口座番号		

月ごと、医療機関ごと、領収書ごとに申請書を作成してください

* 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。

(1) 領収書 ※装具の内容が記載してあるもの または 明細書を添付	いずれも原本
(2) 医師の同意書 ※装着証明書、弾性着衣等装着指示書 など	
靴型装具の場合のみ	
(3) 装具の写真(患者が実際に装着していることが確認できるもの)	

【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。

(被保険者・家族)療養費・療養付加金支給申請書

《記入例:治療用眼鏡を作成した(家族)》

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 記号・番号	101—8888	被保険者 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 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 44年1月1日 51歳		
被保険者の現住所	〒100—1010 自宅電話番号 03—1234—5678 東京都中野区中野2—2—2				
傷病名	弱視	発症・ 負傷の 年月日	平成・令和 2年2月2日		
申請が被扶養者 に関する場合は その者の	氏名 アステラス健太郎	被扶養者 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 22年4月1日6歳	続柄	長男
発病又は 負傷の原因	弱視				
診療を受けた 医療機関の	名称 聖路加国際病院 医師 鈴木 健康	所在地 東京都中央区明石町9—1 電話 03—3244—9999			
診療内容の概略	弱視		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 2日		1日間		
要した費用の額	25,023円				
療養の給付を受けるこ とができなかった理由	治療用眼鏡作成したため				
第三者による行為で 負傷したものは 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 (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 被保険者氏名 アステラス太郎 印 *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 (任意継続者・ 退職者のみ)	銀行名 (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) 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	

【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。

(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 記号・番号	101—8888	被保険者 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 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 44年1月1日 51歳		
被保険者の現住所	自宅電話番号 New Jersey, 12345, USA				
傷病名	虫歯	発症・ 負傷の 年月日	平成・令和 2年2月2日		
申請が被扶養者 に関する場合は その者の	氏名	被扶養者 生年月日 年齢	昭和・平成・令和 年月日 歳	続柄	
発病又は 負傷の原因	歯の痛み				
診療を受けた 医療機関の	名称 NJ Dental clinic 医師 Dr.takashi suzuki	所在地 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 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 負傷したものは 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 (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 被保険者氏名 アステラス太郎 印 *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 (任意継続者・ 退職者のみ)	銀行名 (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 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	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。

(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(家族)》

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

被保険者証の記号・番号	101—8888	被保険者氏名	アステラス太郎 印		
会社名	アステラス製薬株式会社	被保険者生年月日 年齢	昭和・平成・令和 44年1月1日 51歳		
被保険者の現住所	自宅電話番号 New Jersey, 12345, USA				
傷病名	虫歯	発症・ 負傷の 年月日	平成・令和 2年2月2日		
申請が被扶養者に関する場合はその者の	氏名 アステラス健太郎	被扶養者生年月日 年齢	昭和・平成・令和 15年4月1日17歳	続柄	長男
発病又は負傷の原因	歯の痛み				
診療を受けた医療機関の	名称 NJ Dental clinic 医師 Dr.takashi suzuki	所在地 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負傷したものは	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 (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 被保険者氏名 アステラス太郎 印 * 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 (任意継続者・退職者のみ)	銀行名 (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 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	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。