

**(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 保険証無しで受診 本人》**

アステラス健康保険組合 理事長殿

被保険者等 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 年齢	和暦 昭和	○〇年 1月 1日	40 歳	続柄	本人
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	急性上気道炎		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	不詳						
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	診察、投薬					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)	2,020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							

月ごと、医療機関ごとに申請書を作成して下さい  
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 (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

※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。

(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 保険証無しで受診 家族》

アステラス健康保険組合 理事長殿

被保険者等 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	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	急性上気道炎	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	不詳						
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	診察、投薬						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)	2,020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							

月ごと、医療機関ごとに申請書を作成して下さい  
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 (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

注：新生児健診など健康診断費用は、保険適用ではない為申請は出来ません。

※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。

**(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 装具を作成 本人》**

アステラス健康保険組合 理事長殿

被保険者等 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 年齢	和暦 昭和	○○年 1月 1日	40 歳	続柄 本人
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	腰部椎間板症	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	不詳					
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○町1-1 電話03-3244-9999				
診療の内容	診察、投薬				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						

月ごと、医療機関ごとに申請書を作成して下さい  
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 ※装具の内容が記載してあるもの または 明細書	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)	

※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。

(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 装具を作成 家族》

アステラス健康保険組合 理事長殿

被保険者等 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	20歳
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	急性上気道炎	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	不詳				
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	診察、投薬				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					

月ごと、医療機関ごとに申請書を作成して下さい  
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 ※装具の内容が記載してあるもの または 明細書	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)	

※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。

(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

被保険者等 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 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。

**(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 本人》

アステラス健康保険組合 理事長殿

被保険者等 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 年齢	和暦 昭和	〇〇年 1月 1日	40 歳
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
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		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。

(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 記 入 欄	被保険者等 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
	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		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掛かります。

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。