

【記入見本】 青字の箇所をご記入ください。

健康保険番号 日中必ず連絡のつくところをご記入ください。		・アストラゼネカ社員：100 ・アレクシオンファーマ社員：300		養費支給申請書		必ず押印してください。	
被 必 ず 保 記 入 除 し て 者 く だ が さ い 記 入 す る こ と こ ろ	① 被保険者証の記号番号	② 被保険者の氏名及び生年月日	(フリガナ) タナカ タロウ	③	田中太郎		
	④ 連絡先(電話番号)	(内線) 0120	(自宅) 06 - 1111 - 2222	昭和 平成 35年 3月 5日生	田中 (印)		
	⑤ 請求が被扶養者に関するものであるときはその氏名及び生年月日		田中 花子		⑥ 傷病名	右膝前十字靭帯損傷	
	⑦ 発病又は負傷の年月日	平成 令和 1年 5月 10日	⑧ 発病又は負傷の原因	サッカーの試合中、ゴールポストに衝突し足を負傷したため		負傷の原因は第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑨ 療養の給付を受けることのできなかった理由		治療用装具制作のため		⑩ コルセット等の装着	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	⑪ 診療を受けた医療機関	名称 大阪病院	所在地 大阪市中央区川町9	⑫ 入院外・入院の別	<input checked="" type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 入院		
	⑬ 診療又は手当の期間(コルセット装着の場合は装着日)	自 1年 5月 10日	日間	⑭ 診療又は手当に要した金額	50,000 円		
	⑮ 給付金の支払いについて		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者は在職中である。 ⇒ 給与振込口座に支払います。⑯へ <input type="checkbox"/> 被保険者は退職者である。又は、任意継続被保険者である。 ⇒ 請求者の名義又は受領委任した付の金融機関口座に支払います。⑰		必ず押印してください。		
	⑯ 在職者		アストラゼネカ株式会社 代表取締役 堀井 貴史を代理人と定め、この請求		右端のプルダウンリストから所属会社を選択してください。		
	⑰ 振込希望(任意継続被保険者)	被保険者の氏名及び印 田中太郎 (印)		銀行 金融機関コード 信用金庫 口座番号 (フリガナ) 本店 支店コード 支店 名義 (フリガナ)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()		
⑱ 委任状		この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		被保険者(請求者)の氏名及び印 (印) 住所 代理人の氏名 (印)			

※この申請書に添えなければならない書類 * 原本をご提出下さい

- 保険証発行前・持参忘れ等により立替払いを行ったとき
 - 医療機関が発行した「診療報酬明細書」等(診療の内容、内訳がわかるもの)
 - 医療機関発行のものが入手できない場合は、別紙の領収(診療)明細書
 - 領収書
- コルセット、ギプス、義肢、治療用眼鏡を作成したとき
 - 医師の意見および装着証明書(治療用眼鏡等の場合は作成指示書)
 - 装具の内訳がわかるもの
 - 領収書

※記入上の注意

- 後期高齢者医療を受けられた人は、住所地の市町村でこの給付を受けてください。
- 印ははっきり押し、印もれのないようにしてください。なお、訂正したときは③と同じ印を訂正印として押してください。(印鑑は認印可。スタンプ印・日付印は不可。)
- ⑯には③と同じ印を押印してください。
- 退職者(任意継続被保険者)で、被保険者(請求者)本人名義以外の口座に振込みを希望するときは、⑯により代理人に給付金の受領委任をしてください。そのときは⑯に③に押した印と同じ印を押してください。
- ⑧、⑩、⑫、⑮及び⑰の口には、該当する事項に✓を入れてください。