

健康保険 被保険者 療養費請求書（立替払等・治療用装具）  
被扶養者

		平成 年 月 日提出	
被 保 險 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号番号	事業所の名称	
	—	TEL	
	被保険者 （請求者） の氏名と印	住所	〒
		電話	( )
	請求が被扶養者に関する ものであるときは その者の氏名	被扶養者の生年月日	昭和 平成 年 月 日
		被保険者との続柄	
	傷病名	発病または負傷の年月日	平成 年 月 日
	発病または負傷の原因 およびその経過		
	診療または、手当を うけた医師その他の 者の住所および氏名		
	診療または手当の内容		
立替払いをしたとき	平成 年 月 日から	日間	診療または手当に要した金額
診療または手当の期間	平成 年 月 日まで		金 円
治療用装具の装着指示日	平成 年 月 日	装具に要した 費用	金 円
療養の給付を受け取る ことができなかった理由			
第三者の行為によるものですか。 (はいの場合、別途第三者行為による傷病届等の提出が必要です)	いいえ ・ はい		
傷病が第三者の行為によるものであるときは、 その事実、第三者の住所および氏名。 (住所および氏名が不詳であるときはその旨)			
受取委任の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 (任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です) 平成 年 月 日 被保険者氏名 (印)		

武田薬品健康保険組

添付書類

1. 医師の一般診療を受けた場合の請求書には、診療の内訳（薬剤名・使用量・単価・その他の明細）を記載した診療明細書と（コピー不可）領収書（コピー不可）。
2. 治療用装具等に関する請求は、装着が傷病の治療のために必要と認めた医師の意見書（コピー不可）および装具代金の領収書（コピー不可）。