

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 | | 所属 | | |
| | — | | | | TEL | | |
| | 被保険者 (請求者) の氏名と印 | 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 | 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 | 日間 | 金 円 | |
| 治療用装具の装着日 | 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 | <p>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)</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>被保険者氏名 印</p> | | | | | | |

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、医師が、診療の内訳（薬剤名・使用量・単価・その他の明細）を記載し、捺印した診療報酬明細書と領収書（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および装具代金の領収書（コピー不可）。
3. 靴型装具の申請時は現物写真を添付してください。