

記入例1

健康保険

被保険者  
被扶養者

いずれか該当する方の文字を○  
で囲んでください。

療養費請求書（立替払等・治療用装具）

治療用装具費用の請求

平成 ○○年 ○月 ○日提出

被 保 険 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	△△部○○課
	1 2 3—4 5 6 7	○○薬品工業株式会社		TEL	9 9 9-9 9 9 9
	被保険者 （請求者） の氏名と印	健保 太郎	健印	住所	〒000-0000 ○○市△△区××町1-1
				電話	999 ( 9999 ) 9999
	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	健保 一郎		被扶養者の生年月日	昭和 平成 ○○年 ○月 ○日
				被保険者との続柄	長男
	傷病名	右足関節捻挫		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	バスケット練習中に負傷			
	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	〒000-0000 ○○市△△区××町3-3 ××整形外科病院 ○○ ○○			
	診療または手当の内容	下肢装具 足部B1の着用 *傷病名、病院の所在地、医師の氏名、傷病・手当の内容は意見書に記入されています。			
立替払いをしたとき 診療または手当の期間	平成 年 月 日から	日間	診療または手当に要した金額		
	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	医師の証明書に書かれた装着指示日	装具に要した 費用	装具費用の領収書の金額を記入ください。	
療養の給付を受け取る ことができなかった理由	補助具製作所が保険契約をしていないため				
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 健保 太郎 健印				

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）。

記入例2

健康保険

被保険者  
被扶養者

いずれか該当する方の文字を○  
で囲んでください。

療養費請求書 (立替払等・治療用装具)

保険証を持たずに受診した場合

平成 ○○年 ○月 ○日提出

被 保 険 者  ( 一 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	△△部○○課	
	1 2 3—4 5 6 7	○○薬品工業株式会社		TEL	9 9 9-9 9 9 9	
	被保険者 (請求者) の氏名と印	健保 太郎	健印	住所	〒000-0000 ○○市△△区××町1-1	
				電話	999 ( 9999 ) 9999	
	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	健保 花子		被扶養者の生年月日	昭和 平成	○○年 ○月 ○日
				被保険者との続柄	妻	
	傷病名	インフルエンザ		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	不詳				
	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	〒000-0000 ○○市△△区××町3-3 ××病院 ○○ ○○				
	診療または手当の内容	診療の明細書を添付				
立替払いをしたとき 診療または手当の期間	平成 ○○年 ○月 ○日から	○日間		診療または手当に要した金額		
	平成 ○○年 ○月 ○日まで			治療費用の領収書の金額を記入ください。 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	旅行中に発病し、保険証を携帯していなかったため。 *理由によっては給付できない場合がありますので詳しく記入してください。					
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 健保 太郎 健印					

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）。