

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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	住所	〒000-0000 ○○市△△区××町1-1	
	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	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和 平成</span> ○○年 ○月 ○日	
	傷病名	右足関節捻挫	被保険者との続柄	長男	
	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 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">*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。</span>			
	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	
	治療用装具の装着日	平成 年 月 日まで	装具に要した 費用	金 円 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">装具費用の領収書の金額を記入してください。</span>	
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)	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">いいえ</span> ・ 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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>				

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。

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	診療報酬明細書を添付					
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、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。