

健康保険 被保険者 療養費請求書（立替払等・治療用器具）  
被扶養者

Claim for Medical Care Expenses (Insured Person, Dependent) (up-front payment, prosthetic equipment)

|  |                              |  |  |
|--|------------------------------|--|--|
|  |                              | 年 月 日 提出<br>Date submitted (Y/M/D): / /        |  |
| 被保険者記号・番号<br>Insured person code and no.   |                              | 事業所の名称<br>Employer name                        |  |
| —  |                              | TEL  |  |
| 被保険者<br>(請求者)<br>の氏名<br>Name of insured<br>person (claimant)   | 住所<br>Address                | 〒 ( )  |  |
|  |                              | 電話/Tel.  | ( )  |
| 請求が被扶養者に関する<br>ものであるときは<br>その者の氏名<br>Name of dependent if this<br>claim concerns a<br>dependent  |                              | 被扶養者の生年月日<br>Dependent's date of birth (Y/M/D) | 年 月 日<br>/ /                               |
|  |                              | 被保険者との続柄<br>Relationship to insured person     |  |
| 傷病名<br>Sickness/injury name  |                              | 発病または負傷の年月日<br>Date of sickness/injury (Y/M/D) | 年 月 日<br>/ /                               |
| 発病または負傷の原因およびその経過<br>Cause and background of<br>sickness/injury  |                              |  |  |
| 診療または、手当をうけた<br>医師その他の<br>者の住所および氏名<br>Name and address of<br>doctor or other party<br>treating or caring for<br>sickness/injury   |                              |  |  |
| 診療または手当の内容<br>Details of treatment or<br>care received   |                              |  |  |
| 立替払いをしたとき<br>診療または手当の期間<br>Period of treatment or care<br>paid for in advance  | From (Y/M/D): 年 月 日から<br>/ / | 日間<br>days                                     | 診療または手当に要した金額<br>Cost of treatment or care |
|  | To (Y/M/D): 年 月 日まで<br>/ /   |  | 金 円<br>yen                                 |
| 治療用器具の装着指示日<br>Date of instruction to fit<br>prosthetic equipment  | 年 月 日<br>/ /                 | 装具に要した費用<br>Cost of prosthetic<br>equipment    | 金 円<br>yen                                 |
| 療養の給付を受け取る<br>ことができなかった理由<br>Reason medical care benefits<br>could not be received   |                              |  |  |
| 第三者の行為によるものですか。<br>(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)<br>Is the sickness/injury due to the actions of a third party?<br>(If "Y," a Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act must be submitted separately.)  |                              |  | いいえ ・ はい<br>N / Y                          |
| 傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実、<br>第三者の住所および氏名。<br>(住所および氏名が不詳であるときはその旨)<br>If the sickness/injury is due to the actions of a third party, describe<br>the facts of the matter and the name and address of the third party.<br>(If the name and address are unknown, indicate that fact.)   |                              |  |  |
| 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任し、給料と合わせて受給することに同意します。<br>(任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です)<br>I hereby authorize my employer to receive the benefits covered by this claim as my proxy.<br>(This section does not need to be filled out if you are a Voluntarily and Continuously Insured Person.)<br><br>年 月 日<br>Date (Y/M/D): / /<br><br>被保険者氏名<br>Name of insured person |                              |  |  |

被保険者(請求者)が記入するところ

To be filled out by insured person (claimant)

受取委任の欄

Proxy receipt

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. 治療用器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）。

Documents to attach:

1. For claims related to general treatment by a doctor, attending physician's statement (copies not accepted) providing a breakdown of the treatment provided (names of drugs administered, quantities, unit prices, and other details) and receipts (copies not accepted)
2. For claims related to medical prosthetic equipment, etc., a doctor's written opinion (copies not accepted) indicating that the prosthetic equipment is necessary to treat the sickness or injury and receipts (copies not accepted) for the prosthetic equipment