

記入例 1
Example of completed form 1

いずれか該当する方の文字を○で囲んでください。
Circle the description that applies.

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

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

治療用装具費用の請求

Claim for costs of prosthetic equipment

年 月 日 提出
Date submitted (Y/M/D): / /

被保険者 (請求者) が記入するところ To be filled out by insured person (claimant)	被保険者記号・番号 Insured person code and no.	123 — 4567		事業所の名称 Employer name	___ Pharmaceutical Company Limited		所属 Section	TEL	___ Div., ___ Dept.	999-9999	
	被保険者 (請求者) の氏名 Name of insured person (claimant)	Taro Kempo		住所 Address	〒 000-0000 1-1 ___-cho, ___-ku, ___		電話/Tel.	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 Name of dependent if this claim concerns a dependent	Ichiro Kempo		被扶養者の生年月日 Dependent's date of birth (Y/M/D)	___ 年 ___ 月 ___ 日 ○○ / ○○ / ○		被保険者との続柄 Relationship to insured person	Eldest son			
	傷病名 Sickness/injury name	Sprained joint on right leg		発病または負傷の年月日 Date of sickness/injury (Y/M/D)	___ 年 ___ 月 ___ 日 ○○ / ○○ / ○						
	発病または負傷の原因およびその経過 Cause and background of sickness/injury	Injured during basketball practice									
	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 Name and address of doctor or other party treating or caring for sickness/injury	〒000-0000 ___ Orthopedic Hospital 3-3 ___-cho, ___-ku, ___									
	診療または手当の内容 Details of treatment or care received	Fitting of B1 prosthetic equipment to leg <small>*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。 * Name of injury, hospital address, name of doctor, and details of injury and care appear on the written opinion.</small>									
	立替払いをしたとき診療または手当の期間 Period of treatment or care paid for in advance	From (Y/M/D):	年 / 月 / 日	To (Y/M/D):	年 / 月 / 日	医師の証明書に書かれた装着指示日 Date of instruction for fitting prosthetic equipment shown on doctor's certificate		診療または手当に要した金額 Cost of treatment or care 金 円 yen			
	治療用装具の装着指示日 Date of instruction to fit prosthetic equipment	___ 年 ___ 月 ___ 日 ○○ / ○○ / ○		装具に要した費用 Cost of prosthetic equipment		装具費用の領収書の金額を記入ください。 Enter amount shown on receipt for costs of prosthetic equipment.					
	療養の給付を受け取ることができなかった理由 Reason medical care benefits could not be received	Because the facility preparing the prosthetic equipment does not have an insurance contract.									
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) Is the sickness/injury due to the actions of a third party? (If "Y," a Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act must be submitted separately.)							いいえ・はい <input checked="" type="radio"/> N / <input type="radio"/> 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、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) If the sickness/injury is due to the actions of a third party, describe the facts of the matter and the name and address of the third party. (If the name and address are unknown, indicate that fact.)											
受取委任の欄 Proxy receipt	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。 (任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です) I hereby authorize my employer to receive the benefits covered by this claim as my proxy and consent to receive them together with my salary. (This section does not need to be filled out if you are a Voluntarily and Continuously Insured Person.) 年 月 日 Date (Y/M/D): ○○ / ○○ / ○ 被保険者氏名 Name of insured person Taro Kempo										

武田薬品健康保険組合
Takeda Health Insurance Society

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)。

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

記入例 2
Example of completed form 2

いずれか該当する方の文字を○で囲んでください。
Circle the description that applies.

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)
保険証を持たずに受診した場合
If you received treatment without presenting your health insurance card and paid medical care costs up-front

		年 月 日 提出 Date submitted (Y/M/D): 〇〇/〇〇/〇	
被保険者証記号番号 Insured person code and no.		事業所の名称 Employer name	
123 — 4567		___ Pharmaceutical Company Limited	
所属 Section		___ Div., ___ Dept.	
TEL		999-9999	
被保険者 (請求者) の氏名 Name of insured person (claimant)	Taro Kempo	住所 Address	〒 000-0000 1-1 ___-cho, ___-ku, ___
電話/Tel.	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 Name of dependent if this claim concerns a dependent	Hanako Kempo		被扶養者の生年月日 Dependent's date of birth (Y/M/D)
			年 月 日 〇〇 / 〇〇 / 〇
被保険者との続柄 Relationship to insured person	Wife		
傷病名 Sickness/injury name	Influenza	発病または負傷の年月日 Date of sickness/injury (Y/M/D)	年 月 日 〇〇 / 〇〇 / 〇
発病または負傷の原因およびその経過 Cause and background of sickness/injury	Unknown		
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 Name and address of doctor or other party treating or caring for sickness/injury	〒 000-0000 ___ Hospital 3-3 ___-cho, ___-ku, ___		
診療または手当の内容 Details of treatment or care received	Medical compensation details attached		
立替払いをしたとき 診療または手当の期間 Period of treatment or care paid for in advance	From (Y/M/D): 〇〇 / 〇〇 / 〇	日間 〇 days	診療または手当に要した金額 Cost of treatment or care
	To (Y/M/D): 〇〇 / 〇〇 / 〇		治療費用の領収書の金額を記入ください。 Enter amount shown on receipt for medical care costs.
治療用器具の装着指示日 Date of instruction to fit prosthetic equipment	年 月 日 / /	器具に要した費用 Cost of prosthetic equipment	金 円 yen
療養の給付を受け取る ことができなかった理由 Reason medical care benefits could not be received	Because I became sick while traveling and did not have my health insurance card with me. *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。/* Describe in detail. In certain cases, benefits may not be available.		
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) Is the sickness/injury due to the actions of a third party? (If "Y," a Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act must be submitted separately.)	いいえ・はい <input checked="" type="radio"/> 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、 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) If the sickness/injury is due to the actions of a third party, describe the facts of the matter and the name and address of the third party. (If the name and address are unknown, indicate that fact.)			
受取委任の欄 Proxy receipt	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。 (任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です) I hereby authorize my employer to receive the benefits covered by this claim as my proxy and consent to receive them together with my salary. (This section does not need to be filled out if you are a Voluntarily and Continuously Insured Person.) 年 月 日 Date (Y/M/D): 〇〇/〇〇/〇 被保険者氏名 Name of insured person Taro Kempo		

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)および器具代金の領収書(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