

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

				令和	年	月	日提出	
被 保 險 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者記号・番号		事業所の名称		所属			
	—				TEL			
	被保険者 (請求者) の氏名	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 令和	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		令和	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 診療または手当の期間		令和	年	月	日から	診療または手当に要した金額	
			令和	年	月	日までの	日間	金 円
治療用装具の装着日		令和	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)								
振 込 先 の 確 認	本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。(確認後□にチェック[✓]を付けてください。)							
	<input type="checkbox"/>	在職者:事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み 任意継続者:資格取得申請書に記載された振込口座						
※上記振込先ではなく、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合 ⇒ □(チェック[✓]してください)								

武田薬品健康保険組合

<留意事項>

◎公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。
登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。

<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。