

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

令和 〇〇年 〇月 〇日提出

被 保 険 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	△△部〇〇課	
	1 2 3 — 4 5 6 7	〇〇薬品工業株式会社		TEL	9 9 9 - 9 9 9 9	
	被保険者 (請求者) の氏名	健保 太郎	住所	〒000-0000 〇〇市△△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 令和	〇〇年 〇月 〇日	
			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/令和 〇〇年〇月〇日		
	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 〇〇市△△区××町3-3 ××整形外科病院 〇〇 〇〇				
	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	平成/令和 年 月 日か	日間		診療または手当に要した金額		
診療または手当の期間	平成/令和 年 月 日ま			金	円	
治療用装具の装着日	平成/令和 〇〇年 〇月 〇日	装着証明書がある場合は、その日		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)						
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 <input type="checkbox"/> 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 → <input type="checkbox"/> (チェック[✓]してください)					
	公金受取口座をご利用の場合は下記にご留意ください。					

武田薬品健康保険組

<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。

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

令和 ○○年○月○日提出

被 保 険 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	△△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	健保 太郎	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 令和
			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/令和○○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/令和 ○○年○月○日か ----- ○日間 平成/令和 ○○年○月○日ま	診療または手当に要した金額	金額を記入ください。 円	
治療用装具の装着日	平成/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	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)				
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 <input type="checkbox"/> 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 ⇒ <input type="checkbox"/> (チェック[✓]してください) 公金受取口座をご利用の場合は下記にご留意ください。			
	振込み先を必ず確認して□にチェック[✓]をご記入ください。			

武田薬品健康保険組

<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。