

記入例1

Example of completed form 1

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

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

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

治療用器具の請求
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.	事業所の名称 Employer name	所属 Section	Div., Dept.	
	123 — 4567	Pharmaceutical Company Limited	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	Ichiro Kempo	被扶養者の生年月日 Dependent's date of birth (Y/M/D)	〇〇 / 〇〇 / 〇	
			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 * 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載されています。 * Name of injury, hospital address, name of doctor, and details of injury and care appear on the written opinion.			
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): / /	日間	診療または手当に要した金額 Cost of treatment or care		
	To (Y/M/D):	装着証明書に記載の日付 The date written on the Certificate of Orthosis Fitting	金	円 yen	
治療用器具の装着日 Date of instruction to fit prosthetic equipment	〇〇 / 〇〇 / 〇		装具に要した費用 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 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 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.)					
振 込 先 の 確 認 Payment Destination	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。) Benefits based on this application will be transferred to the following account. (Please check [✓] the box after confirming.)				
	<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 Employees: Paid to the employer and transferred to your payroll account together with your salary. <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 Voluntarily and Continuously Insured Persons: The bank account listed on the application for enrollment. * 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) * If using a public funds receipt account pre-registered on Myna-portal, etc., instead of the above account ⇒ □ (Please check [✓])				

<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。
 ◎治療用器具の請求時、器具を装着された月から3か月後の支給(払い戻し)となる場合があります。
 ◎武田薬品の場合は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス(宛先)または武田薬品健保ホームページに掲載の、武田薬品以外の各会社の健康保険事務担当者へ提出してください。
 Notes: ◎ If you are using a public funds receipt account, please be sure to confirm that the registration process is complete, the transfer of benefits will be delayed.
 ◎ When claiming expenses for a therapeutic orthosis (medical appliance), payment (reimbursement) may be made three months after the month in which the orthosis was fitted.
 ◎ If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee, send this form to the Fukuoka Office of SATO Social Insurance and Labor Attorney Corporation (refer to the Takeda Health Insurance Society website for the address and other details).
 ◎ If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.

<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、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(原本)。2. 治療用器具に関する請求は、装着が傷病の治療のために必要と認められた医師の意見書(原本)および器具代金の領収書(原本)。
 3. 義肢の申請時は現物写真を添付してください。
 4. 自治体へこども医療費等の助成金を申請される場合は、領収書などの写しを事前にお取りください。
 Documents to attach: 1. For claims regarding general medical treatment by a doctor: An itemized statement of medical expenses issued by the doctor showing the breakdown of treatment (drug names, dosage, unit price, and other details) and the original receipt.
 2. For claims regarding therapeutic orthoses, etc.: The original doctor's written opinion certifying that the fitting of the orthosis is necessary for the treatment of an illness or injury, and the original receipt for the cost of the orthosis.
 3. When applying for orthopedic shoes (shoe-type orthoses), please attach a photograph of the actual item.
 4. If you plan to apply to your local municipality for subsidies such as those for children's medical expenses, please make copies of your receipts and other relevant documents in advance.

社会保険労務士
記載欄

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

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): / /

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.		事業所の名称 Employer name		所属 Section	___ Div., ___ Dept.	
	123 — 4567		___ Pharmaceutical Company Limited		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 ○○ / ○○ / ○	
					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 ○○ / ○○ / ○	
	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 ___ 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): ___年 ___月 ___日から To (Y/M/D): ___年 ___月 ___日まで		日間 days	診療または手当に要した金額 Cost of treatment or care 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.		
治療用器具の装着日 Date of instruction to fit prosthetic equipment		___年 ___月 ___日		装具に要した費用 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 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.)							
振込先の確認 Payment Destination	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。) Benefits based on this application will be transferred to the following account. (Please check [✓] the box after confirming.) <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 Employees: Paid to the employer and transferred to your payroll account together with your salary. <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 Voluntarily and Continuously Insured Persons: The bank account listed on the application for enrollment. *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) *If using a public funds receipt account pre-registered on Myna-portal, etc., instead of the above account ⇒ □ (Please check [✓])						

<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。
◎治療用器具の請求の場合、器具を装着された月から3か月後の支給(払い戻し)となる場合があります。
◎武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス(宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載)へ、武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者へ提出してください。
Notes: ◎ If you are using a public funds receipt account, please be sure to confirm that the registration process on Mynaportal, etc., has been completed. If the registration is not complete, the transfer of benefits will be delayed.
◎ When claiming expenses for a therapeutic orthosis (medical appliance), payment (reimbursement) may be made three months after the month in which the orthosis was fitted.
◎ If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee, send this form to the Fukuoka Office of SATO Social Insurance and Labor Attorney Corporation (refer to the Takeda Health Insurance Society website for the address and other details).
◎ If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.

<添付書類>
1. 医師の一般診療を受けた場合の請求書には、医師名、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(原本)。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られた医師の意見書(原本)および器具代金の領収書(原本)。
3. 義肢の申請時は現物写真を添付してください。
4. 自治体へこども医療費等の助成金を申請される場合は、領収書などの写しを事前にお取りください。
Documents to attach: 1. For claims regarding general medical treatment by a doctor: An itemized statement of medical expenses issued by the doctor showing the breakdown of treatment (drug names, dosage, unit price, and other details) and the original receipt.
2. For claims regarding therapeutic orthoses, etc.: The original doctor's written opinion certifying that the fitting of the orthosis is necessary for the treatment of an illness or injury, and the original receipt for the cost of the orthosis.
3. When applying for orthopedic shoes (shoe-type orthoses), please attach a photograph of the actual item.
4. If you plan to apply to your local municipality for subsidies such as those for children's medical expenses, please make copies of your receipts and other relevant documents in advance.

社会保険労務士
記載欄