

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1 被保険者 (申請者) 記入用

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ)				
住所	(〒 -)	(都 道 府 県)				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は 利用しない場合は下記の欄を記入。)

注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

金融機関名称	(銀行) (金庫) (信組) (本店) (支店) (農協) (漁協) (出張所) (その他) () (本所) (支所)
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知
口座番号	<input type="text"/> 左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)
口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ	
	住所	(〒 -) TEL ()	
	氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

【添付書類】

①装具証明書・意見書 (原本)、②領収書 (原本)、③装具の写真

※①②は原本を確認します。コピーを1部頂いた後、原本を返却いたします。

(R.2.12) 2023.4訂正

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)
 家 族

1 2
 被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日
		<input type="text"/>		<input type="text"/>
			まで	日数
				日
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		まで	日数	
			日	
7 装具等の装着について 指示を受けた日	(令和) 年 月 日	8 装具装着日	(令和) 年 月 日	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
9 療養に要した費用の額	円			
10 診療の内容				
11 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 5 5. 治療用装具を作成したため			

装具作製確認書

あなた（または被扶養者）が医療機関で受診し、医師の指示により作製された装具に対する給付金支払い決定に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いします。

- ① 下記質問について該当する番号を○で囲んでください。その他の場合は記述にてお答えください。
- ② 作製された装具の写真を添付して下さい。（装具の上下左右、サイズ表示、ロゴ等あればその箇所の写真）
- ③ 必要に応じて主治医に診療内容の文書照会を行います。署名・押印を忘れずにご提出ください。
- ④ 給付金支払い決定については、本書及び別途行う主治医への照会などを基に総合的に判断することから、給付金支払い決定まで、時間を要する場合がございますのでご了承ください。

(1) 記号 - 番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日)	(5) 装具を作製することが決まった日	(6) 装具を装着した日 (適合日)
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

問 1. 装具の作製経緯について教えてください。

(1) 装具を作製するきっかけを教えてください (例) 継続的に受診し、装具を作製することになった、装具業者の勧め等

(2) 靴・インソールを購入した場合のみ → 装具作製において、一番最初に行ったところはどこですか？
 ㉑ 靴店 (装具業者) ㉒ 医療機関 ㉓ その他 ()

(3) 納品時の状況について

-① 装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか？
 ㉑ 主治医 / ㉒ 自分で決め、医師に依頼 / ㉓ 装具業者 / ㉔ 治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギプスカ装具かで選択等) / ㉕ その他 ()

-② 装具を受け取る際の状況について教えてください。
 ▶ 義肢装具士が立ち会いましたか？ : ㉑ 立ち会った / ㉒ 立ち会わなかった / ㉓ その他 ()
 ▶ どこで受け取りましたか？ : ㉑ 医療機関 / ㉒ 装具店 / ㉓ その他 ()

-③ 装具の代金は、いつ支払いましたか？ : ㉑ 納品前 / ㉒ 納品当日 / ㉓ 納品日以降 / ㉔ その他 ()

-④ 装具代金は誰に支払いましたか？ : ㉑ 医療機関 窓口 / ㉒ 装具業者 / ㉓ その他 ()

問 2. 作製した装具のサイズ合わせは、どのように行いましたか？

(1) 採型をした (オダ-メドで作製するために型を取った) ... ㉑ or ㉒
 ㉑ 患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で「型」を取った ... はい / いいえ → ① どこで型を取りましたか？ 病院内 / 他 ()
 ㉒ 足型版(フットプレッションフォーム)を踏み込み、「型」を取った ... はい / いいえ → ② 何回、型を取りましたか？ ____回
 → ③ 誰が型をとりましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者

(2) 採寸をした (オダ-メドするために、患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った) → ① 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者

(3) 既製品 (完成品) 装具を購入 → サイズ選択の方法は？ → ① メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
 ② 試着 / ③ 何も行わなかった
 ④ その他

(4) 何も行わなかった (5) その他 ()

問 3. 主治医からどのような目的の装具だと説明を受けられましたか？

→ 具体的な指示事項をお書きください 【回答例】 (1) 患部の支持・矯正・固定・免荷、(2) 痛みや症状の緩和(除痛)、(3) リハビリ時に必要、(4) 再発防止・予防、(5) 受けていない

問 4. 装具は今回初めて作製されましたか？

(1) 以前も作製したことがある (①~③へ)	(2) 以前作製した装具は	(3) 今回の作製した装具は、
(2) 初めて作製した (問5へ)	(a) 現在も使用している	(a) 改めて作製した
① いつ頃作製されましたか？	(b) 装具業者へ返却した →	(b) 以前作製した装具を修理した
平成・令和 年 月 頃	(c) 廃棄した → (年 月 日)	

問 5. 障害者手帳をお持ちですか？

障害者総合支援法による補装具支給の対象になるか判断するため、障害者手帳の有無を確認させて頂いております。

(1) 持っている (※手帳のコピー添付) → ① 補装具申請を行わなかった理由

(2) 持っていない

問 6. 装具装着後の療養にあたって、医師からはどのような指示や注意を受けていますか？

(1) 自宅安静	(4) 特に指示はされていない
(2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された	(5) その他
(3) 運動(スポーツ)をする際に装具装着するように指示された	()
▶ 受診頻度 : ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他 ()	

問 7. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？ (1) いいえ / (2) はい → ※領収書、診療費明細書のコピーを提出して下さい。

以上のとおり相違ありません。また、今回申請した(第二家族)療養費について、保険給付の支給決定をするための参考として、当健保組合が医療機関 及び 関係機関に照会することに同意します。

石塚硝子健保組合 理事長 殿 令和 年 月 日 (申請者名) ㉔

ご協力ありがとうございました。