

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書

(立替払・治療用装具)

被 保 険 者 (申 請 者) の 記 入 欄	① 被保険者等 記号・番号		(記号) ー (番号)		②事業所名			
	被保険者 (申請者)の		③ 氏名及び 生年月日		(カナ) 昭和 平成 令和 年 月 日		④住所	
	被扶養者に関 するとき		⑤氏名		⑥生年月日		年 月 日 ⑦続柄	
	⑧傷病名						⑨ 発病又は負傷 年月日 年 月 日	
	⑩ 発病又は負傷 の原因及び症 状の経過						⑪ 第三者の行為 が原因で ある ・ ない 「ある」の場合は、「第三 者行為による傷病届」を 提出してください。	
	診療を受け た病院等の		⑫名称		⑬所在地		⑭医師名	
	⑮ 診療の期間		自 年 月 日 至 年 月 日		日間		⑯診療に要した費用の額 円	
							⑰診療の内容	
	⑱療養の給付を受けることができなかった理由							
	⑲ 振込口座		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か ☐ はい(口座情報の記入は不要) 注1: 公金受取口座情報の反映には数日を要します 注2: 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 ☐ いいえ(口座情報の記入が必要) 金融機関名 (カナ) 支店名 (カナ) 預金種別 口座番号 (カナ) 口座名義 普通 その他()					
⑳備考		※被保険者等記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。						

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		委任者との関係 ()	
	年 月 日		住所	
	住所		代理人 電話 ()	
	被保険者 (申請者)		氏名	
	氏名		氏名	

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)

受付年月日

■ 立替払の場合

- 1. 診療報酬明細書
- 2. 領収(明細)書

■ 治療用装具

- 1. 医師の意見書及び装具装着証明書 ※治療用眼鏡・弾性着衣は除く
- 2. 医師の治療用眼鏡等の作成指示書 ※治療用眼鏡のみ
- 3. 医師の弾性着衣等の装着指示書 ※弾性着衣のみ
- 4. 領収(明細)書
- 5. 装具作製確認書 ※治療用眼鏡・弾性着衣は除く
- 6. 装具の写真 ※治療用眼鏡・弾性着衣は除く

注: 写真についてはメールによるデータ送信でも可

【写真送付先メールアドレス: paper.gyoumu@wind.ocn.ne.jp】

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項目を○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。
購入された装具の種類によって、質問内容が異なります。
領収書に記載されている装具の種別が、

▶ 「既製品」の場合 ➡ 「回答書①」へ

▶ 「オーダーメイド」の場合 ➡ 「回答書②」へ

★ 既製品/オーダーメイドの記載がない場合、療養費の申請書類として不備があるため受付できません。
購入された装具業者へ、領収書の記載不備についてご連絡ください。

- 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。

回答書① 「既製品（完成品）」

(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)
年 月 日	年 月 日	年 月 日

④-1. 装具を受け取る際の状況について教えてください。

- (1) 義肢装具士が立ち会いましたか？ → ④立ち会った ⑤立ち会わなかった ⑥その他 ()
- (2) 装具は、どこで受け取りましたか？ → ⑦医療機関 ⑧装具店 ⑨その他 ()
- (3) 装具の代金は、いつ支払いしましたか？ → ⑩納品前 ⑪納品当日 ⑫納品日以降 ⑬その他 ()
- (4) 装具代金は誰に支払いしましたか？ → ⑭医療機関 窓口 ⑮装具業者 ⑯その他 ()
- (5) 装具代金はどのように支払いしましたか？ → ⑰現金・クレジットカード ⑱振込 ⑲その他 ()
- (6) 装具の領収書は誰から受け取りましたか？ → ⑳医療機関 窓口 ㉑装具業者 ㉒その他 ()

④-2. 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) サイズ選択の方法について教えてください。

- ①メジャー → 誰が測定しましたか？ ②医師 ③看護師 ④装具業者 ⑤その他 → ()
- ②試着 → ⑥どこで型を取りましたか？ ⑦病院内 ⑧その他 ()
- ③採型をした → ⑨何回、型を取りましたか？ 回
- ④何も行わなかった → ⑩誰が型をとりましたか？ ⑪医師 ⑫看護師 ⑬装具業者 ⑭その他 ()
- ⑤その他 ()

(2) 受け取った装具は、装具業者によってオーダー加工が施してありますか？

- ①加工はされていない (開封時の状態である) / ②加工を施してある どのような加工が施されていますか？ → ()

④-3. 装具は今回初めて作製されましたか？

- ①以前も購入したことがある ②初めて購入した

④-4. 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費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) ②持っていない

④-5. 装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか？

- ①主治医 ②自分で決め、医師に依頼 ③装具業者 ④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)
- ⑤その他 ()

④-6. 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

④-7. 装具装着期間中、以前と同じ様に運動・スポーツ(部活動)を行っていますか？

- ①行っている ②行っていない ③その他 ()

④-8. 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 ②運動(スポーツ)を控えるように指示された 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
- ④特に指示はされていない ⑤その他 ()

④-9. 装具装着後、次の来院指示について医師からはどのような指示を受けていますか？

- (1) 受診頻度 : ①週1回 ②月1回 ③その他 ()
- (2) 装具の受け取り日以降、受診しましたか？ → ④受診した ⑤受診予定はない ⑥受診する予定 (月 日)

④-10. 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(※)

④-11. 医療機関から文書料の請求はありましたか？

- ①なかった / ②あった(※)

④-12. 装具の広告・リーフレットや取扱説明書はありましたか？

- ①なかった / ②あった(※)

※領収書、診療費明細書、装具の広告・リーフレット、説明書(メーカー・製品名が明記されている部分)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。

大阪紙商健保組合 理事長 殿

年 月 日

(申請者名)

回答書⑧ 「オーダーメイド」

(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)
年 月 日	年 月 日	年 月 日

⑧-1. 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？

④靴店 (装具業者) ⑤医療機関 ⑥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？

④主治医 ⑤自分で決め、医師に依頼 ⑥装具業者 ⑦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)

⑧ 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？ → ④立ち会った ⑤立ち会わなかった ⑥その他 ()

▶ どこで受け取りましたか？ → ④医療機関 ⑤装具店 ⑥その他 ()

▶ 装具の代金は、いつ支払いしましたか？ → ④納品前 ⑤納品当日 ⑥納品日以降 ⑦その他 ()

▶ 装具代金は誰に支払いしましたか？ → ④医療機関 窓口 ⑤装具業者 ⑥その他 ()

▶ 装具代金はどのように支払いしましたか？ → ④現金・クレジットカード ⑤振込 ⑥その他 ()

▶ 装具の領収書は誰から受け取りましたか？ → ④医療機関 窓口 ⑤装具業者 ⑥その他 ()

⑧-2. 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 (オーダーメイドで作製するために型を取った (a) or (b))

(a) 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

(b) 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

①どこで型を取りましたか？ ④病院内 ⑤その他 ()

②何回、型を取りましたか？ 回

③誰が型をとりましたか？ ④医師 ⑤看護師 ⑥装具業者 ⑦その他 ()

(2) 採寸をした (オーダーメイドするために、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？ ④医師 ⑤看護師 ⑥装具業者 ⑦その他 ()

(3) 何も行わなかった (4) その他 ()

⑧-3. 装具は今回初めて作製されましたか？

④以前も購入したことがある (↓ ①～②へ) ⑤初めて購入した

①いつ頃作製されましたか？ ②今回の作製した装具は、どちらに該当されますか？

年 月頃 (a)改めて作製した (b)以前作製した装具を修理した

⑧-4. 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費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。

④持っている (※手帳のコピー添付) ⑤持っていない

⑧-5. 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

⑧-6. 装具装着期間中、以前と同じ様に運動・スポーツ(部活動)を行っていますか？

④行っている ⑤行っていない ⑥その他 ()

⑧-7. 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？

④自宅安静 ⑤運動(スポーツ)を控えるように指示された ⑥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

⑦特に指示はされていない ⑧ その他 ()

⑧-8. 装具装着後、次の来院指示について医師からはどのような指示を受けていますか？

(1) 受診頻度 ④週1回 ⑤月1回 ⑥その他 ()

(2) 装具の受け取り日以降、受診しましたか？ ④受診した ⑤受診予定はない ⑥受診する予定 (月 日)

⑧-9. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？

④いいえ / ⑤はい(※)

⑧-10. 医療機関から文書料の請求はありましたか？

④なかった / ⑤あった(※)

⑧-11. 装具の広告・リーフレットや取扱説明書はありましたか？

④なかった / ⑤あった(※)

※領収書、診療費明細書、装具の広告・リーフレット、説明書(メーカー・製品名が明記されている部分)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。

大阪紙商健保組合 理事長 殿

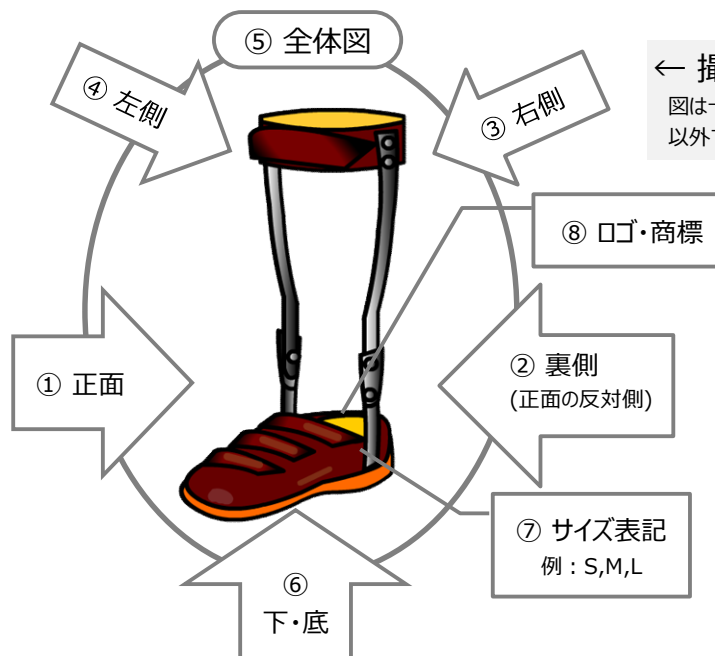
年 月 日

(申請者名)

装具に係る写真撮影の方法について

▶ 下記の方法 及び 箇所について撮影して下さい。

- ① 正面
- ② 裏側（正面の反対側）
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 全体図
- ⑥ 下・底
- ⑦ サイズ表記（ある場合）
- ⑧ ロゴ・商標等（ある場合）
- ⑨ 取り扱い説明書・製品箱（ある場合）



← 撮影方法の例

図は一例です。足の装具や靴型装具
以外でも同様に撮影して下さい。