

健康保険 療養費支給申請書【治療用装具】 記入例

医師の指示により、治療用装具（コルセット、弾性着衣等）を購入、装着したときや、9歳未満の小児が小児弱視等の治療を目的として眼鏡やコンタクトレンズを購入したときに、申請を行ってください。

■必要書類

医師の「意見および装着証明書」	●「医師の意見および装具装着証明書」の 原本 を添付してください。 ●弾性着衣等の場合は、医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」の 原本 を添付してください。 ●小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」の写しを添付してください。
領収書の 原本	装具や眼鏡等の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名（押印でも可）が記載された領収書の 原本 を添付してください。
検査書 (小児弱視等の治療用眼鏡等の場合)	「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果の写しを添付してください。
支給申請を行う装具の写真	申請書の3ページを参照し、当該治療用装具の写真添付(またはメールで送信)してください。(靴型装具は必須)弾性着衣等および小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は不要です。

1ページ

① 被保険者の情報を正確に記入してください。

被保険者が亡くなられた申請の場合は、申請される方の氏名、住所を記入してください。(振込口座も同様です。)

② 被保険者の情報を正確に記入してください。
記号・番号は保険証に記載されています。

③ 被扶養者(家族)が受診した場合は記入してください。

④ 療養を受けた医療機関等に、当該申請内容について照会する場合があります。
必ず同意欄を記入してください。

⑤ 振込を希望する口座を通帳等を確認しながら、正確に記入してください。
ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入ください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【治療用装具】

被保険者証の記号・番号	1 2 3	3 2 1 0	事業所の名称	医療法人 ○○会		
被保険者氏名	健保 太郎		被保険者生年月日	昭和 平成 令和 3 年 1 2 月 3 0 日		
申請者が家族に関するとき	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和 3 5 年 1 1 月 1 5 日	続柄	妻
傷病名	両変形性膝関節症		発病または負傷年月日	昭和 平成 令和 3 年 2 月 2 0 日		
発病の原因及び経過	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 {原因・経過} 加齢による、膝関節痛 <input type="checkbox"/> ケガ⇒※別紙「負傷原因届」を添付してください。					
診療又は手当を受けた医師の住所・氏名	住所	名古屋市○○区○○町1-1	医療機関名称	○○○○○医院		
診療を受けた期間	平成・令和 3 年 2 月 2 1 日	左記の期間に入院していた場合	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日		
療養の給付を受けることができなかった理由	治療用装具 (両足底装具) を作製したため	装具等の装着について指示を受けた日と治療用装具の金額	平成 令和 3 年 4 月 1 5 日	42,400 円		
診療担当医から受けた装具を装着する目的等について	治療用装具を作製する目的		作製した装具の形状	<input type="checkbox"/> 既製品 (SMLの規格品) <input checked="" type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> その他 ()		
同意欄	保険給付決定に必要なが生じた場合、療養を受けた医療機関(海外を含む)等に健康保険組合が文書等により当該申請内容について照会することに同意します。 被保険者氏名 健保 太郎					
(フリガナ) 払渡し希望銀行の口座	○○○	銀行	預金の種類	普通	店番	○○○
	○○○	信用金庫	当座		口座番号	1234567
	○○○	本店	貯蓄		氏名	健保 太郎
	○○○	支店				
受領代理人の欄	被保険者	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)	氏名	(〒 -) TEL ()			
		住所	フリガナ.....			

上記のとおり申請します。
令和 3 年 6 月 2 5 日

① 被保険者(申請者) 〒○○○-○○○
住所 名古屋市○○区○○町1-1 △△マンション101
氏名 健保 太郎
TEL ○○○(○○○)○○○

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)
被保険者のマイナンバー記載欄

(注) 1 申請に必要な添付書類 【傷病の治療のため治療用装具が必要と認められた医師の証明書】及び【領収書(原本)】
2 傷病が第三者の行為によるときは「第三者行為による被害届」を添付してください
3 作製した装具によっては、「装具作製確認書」や「写真」が必要となる場合があります。

送付・お問い合わせ先 愛知県医療健康保険組合
〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目30番60号 TEL 052-269-3203

[R3.4.1]

※ 被保険者(申請者)以外の方へ支払を希望される方は、必ず「受取代理人の欄」を記入してください。

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) 記号一番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
1 2 3 - 3 2 1 0	健保 太郎	健保 花子
(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)
平成・令和 3年 2月 21日	平成 令和 3年 4月 15日	平成 令和 3年 4月 25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
主治医に勧められた

(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?
 靴店(装具業者) 医療機関 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?
 主治医 / 自分で決め、医師に依頼 / 装具業者 / 治療法(固定方法)を選択し装具を作製(例:ギプスが装具かで選択等) / その他 ()

② 装具を受け取る(装着する)際の状況について教えてください。

・ 医師が立ち会いましたか? 立ち会った / 立ち会わなかった / その他 ()

・ 義肢装具士が立ち会いましたか? 立ち会った / 立ち会わなかった / その他 ()

・ どこで受け取りましたか? 医療機関 / 装具店 / その他 ()

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

④ 装具代金は誰に支払いましたか? : 医療機関 窓口 / 装具業者 / 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(「ネゲ-メイト」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 → ① どこで型を取りましたか? (病院内) 他 ()
 B 足型版(フォトルソションフォーム)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? 1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(「ネゲ-メイト」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
 患部の矯正

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) 初めて作製した (問5へ)
 ① いつ頃作製されましたか?
 平成・令和 年 月 頃

(2) 以前作製した装具は
 (a) 現在も使用している
 (b) 装具業者へ返却した →
 (c) 廃棄した → (年 月 日)

(3) 今回の作製した装具は、
 (a) 改めて作製した
 (b) 以前作製した装具を修理した

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(スリ-サ)を控えるように指示された (5) その他
 (3) 運動(スリ-サ)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 (月2回)

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。

愛知県医療健保組合 理事長 殿 令和 3年 6月 25日 (申請者名) 健保 太郎
 ご協力ありがとうございました。【R3.4.1】

作製した装具の写真

申請書の3ページを参照し、当該治療用装具の写真を添付(またはメールで送信)してください。

(靴型装具は必須)

弾性着衣等および小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は不要です。

装具作製確認書 別添 作製した装具の写真

(1) 記号一番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
1 2 3 - 3 2 1 0	健保 太郎	健保 花子
(4) 療養費支給申請書に添付の「意見書」及び「装具装着証明書」に記載の事項		
① 作製した治療用装具名	② 装具を作製することが決まった日	③ 装具を装着した日
両足底装具	平成 令和 3年 4月 15日	平成 令和 3年 4月 25日

添付書類

以下に該当する場合に添付してください。

傷病がケガ(負傷)の場合	「健康保険 負傷原因届」※
第三者の行為による傷病の場合	「第三者の行為による傷病届」※
被保険者が亡くなり、家族の方が申請する場合	被保険者と続柄がわかる「戸籍謄本」等

※ホームページから印刷できます。