

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（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

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【治療用装具】

① 被保険者の情報を正確に記入してください。
被保険者が亡なられたの申請の場合は、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 家族（被扶養者）が受診した場合は記入してください。

③ 申請内容を記入してください。
療養を受けた医療機関等に、文書等により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。

④ **・公金受取口座を利用する場合**
✓を記入してください。（口座情報の記入は不要）
※マイナポータル等で事前登録が必要です。

・公金受取口座を利用しない場合
振込を希望する口座（被保険者名義）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。

① 被保険者申請者情報

被保険者証等 記号・番号	記号 123 番号 3210	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	健保 太郎	生年月日 昭和 61年 12月 30日
住所	〒 000-0000 TEL 000-(000) 0000 名古屋市〇〇区〇〇町1-1 △△マンション101	

② 申請内容

受診者が家族（被扶養者）の場合はその方の	氏名 健保 花子	生年月日 昭和 35年 11月 15日	続柄 母
傷病名	両変形性膝関節症	発病または負傷年月日	令和 6年 月 2日
発病の原因および経過	<input checked="" type="checkbox"/> 病氣（原因・経過） 加齢による、膝関節痛 20 <input type="checkbox"/> ケガ ⇒ ※別紙「負傷原因届」を併せてご提出ください。		
診療を受けた医療機関等の	名称 〇〇〇〇医院	所在地 名古屋市〇〇区〇〇町1-1	診療した医師等の氏名 〇〇 〇〇
診療を受けた期間	令和 6年 2月 21日 ~ 令和 6年 5月 30日		
上記の期間に入院していた場合	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
療養費の支給申請の理由	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	令和 6年 4月 15日	治療用装具の金額	42,400 円
診療担当医から受けた装具を装着する目的について	治療用装具を作製する目的 患部の矯正	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	<input checked="" type="checkbox"/> 保障給付決定に必要な場合、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等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		

④ 振込先指定口座

※振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定下さい。

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。公金受取口座が正しく登録されているかご確認ください。

銀行	本店	預金種別	口座番号（左詰めでご記入ください）	口座名義（カタカナ）
〇〇〇 金庫 振込	〇〇〇 本店 出金所	1普通 2当座	1 2 3 4 5 6 7	ケンポ タロウ

(注) 1.申請に必要な添付書類 【傷病の治療のための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「第三者行為による傷病届」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。

健康保険法に基づいた審査（レセプトの確認や医師への照会等）を行いますので、申請から支給決定まで3~4ヶ月程度かかります。※審査状況等から6ヶ月以上かかる場合もあります。

ver.28-20200428

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 123 - 3210	(2) 被保険者名 健保 太郎	(3) 受診者名 健保 花子
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) 平成・令和 6 年 2 月 21日	(5) 装具を作製することが決まった日 令和 6 年 4 月 15日	(6) 装具を装着した日 (適合日) 令和 6 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 (オゲ-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 ... 採型 / 採型 → ① どこで型を取りましたか？ 病院内、他 ()
 B 足型版(フットアレキソフォーム)を踏み込み、「型」を取った ... 採型 / 採型 → 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 (オゲ-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・免除、(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 → (年 月 日)
 (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？ (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(スリ-リ)を控えるように指示された (5) その他 ()
 (3) 運動(スリ-リ)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)

以上のおとり合わせありません。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 6 年 6 月 25日 (申請者名) 健保 太郎

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-番号 123 - 3210	(2) 被保険者名 健保 太郎	(3) 受診者名 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 両足底装具	② 装具を作製することが決まった日 令和 6 年 4 月 15日	③ 装具を装着した日 令和 6 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。