

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（申請者）情報	被保険者証等 記号・番号	記号	番号	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			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日							
	住所	(〒 -)		TEL	()										

申請内容	受診者が家族(被扶養者)の場合はその方の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄		
	傷病名				発病または負傷年月日	令和	年	月	日		
	発病の原因および経過	☐ 病気 (原因・経過) ☐ 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	所在地			診療した医師等の氏名					
	診療を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 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()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 年 月 日	治療用装具の金額		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		作製した装具の形状		☐ 既製品(SMLの規格品) ☐ オーダーメイド ☐ 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等について照会することに同意します。 被保険者氏名										

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 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号(左づめでご記入ください)		口座名義(カタカナ)
		1.普通 2.当座				

(注) 1.申請に必要なとする添付書類 【傷病の治療のため治療用装具が必要と認めた医師の証明書】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。

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)
平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・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？**
 ① 靴店（装具業者） ② 医療機関 ③ その他 （ ）

(3) **納品時の状況について**
 ー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？
 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:ギプスか装具かで選択 等） /
 ⑤ その他 （ ）

ー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？ : ① 立ち会った / ② 立ち会わなかった / ③ その他 （ ）
 ▶ 義肢装具士が立ち会いましたか？ : ① 立ち会った / ② 立ち会わなかった / ③ その他 （ ）
 ▶ どこで受け取りましたか？ : ① 医療機関 / ② 装具店 / ③ その他 （ ）

ー③ 装具の代金は、いつ支払いましたか？ : ① 納品前 / ② 納品当日 / ③ 納品日以降 / ④ その他 （ ）

ー④ 装具代金は誰に支払いましたか？ : ① 医療機関 窓口 / ② 装具業者 / ③ 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・・・ <u>はい</u> / <u>いいえ</u> → (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・・・ <u>はい</u> / <u>いいえ</u>		① どこで型を取りましたか？ 病院内 / 他 () ② 何回、型を取りましたか？ <u> 回</u> 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？ 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) 初めて作製した (問5へ)	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
① いつ頃作製されましたか？ 平成 ・ 令和 年 月 頃		

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。

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)を抑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？

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。

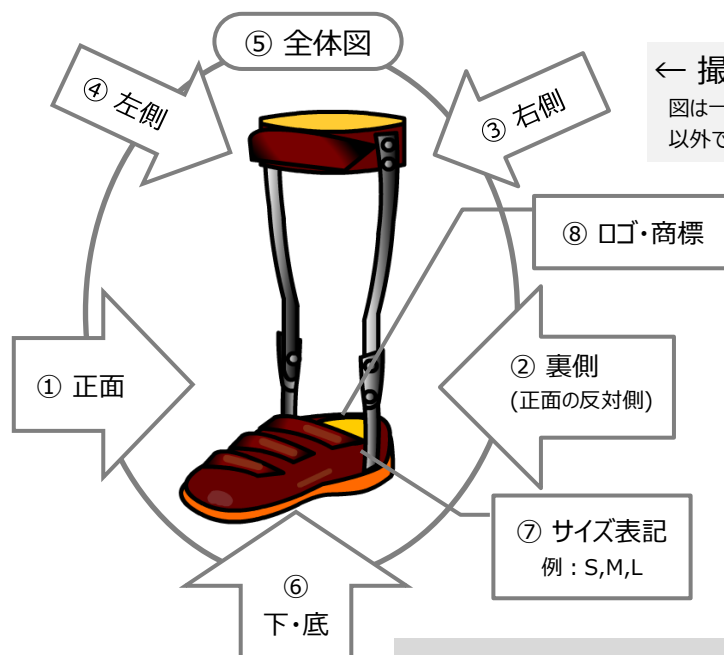
愛知県医療健保組合 理事長 殿 令和 年 月 日 (申請者名)

ご協力ありがとうございました。【R3.4.1】

(1) 撮影方法について

▶ 切り取り線以下の「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」とともに、下記の方向 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）

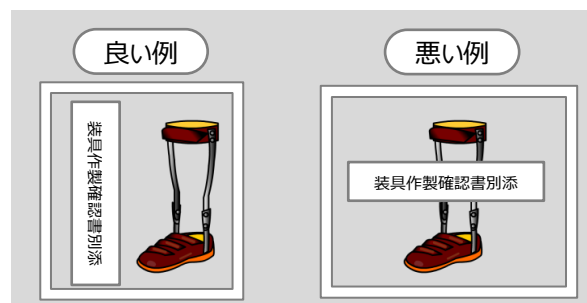


← 撮影方法の例

図は一例です。足の装具や靴型装具以外でも同じように撮影して下さい。

【ご注意】

「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」が治療用装具を隠すことがないように撮影して下さい。



(2) 撮影した写真を、下記いずれかの方法で健康保険組合までご提出ください。

(ア) 撮影した写真を現像し、健康保険組合まで提出

宛先：〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目30番60号
愛知県医療健康保険組合 業務課 宛

(イ) 撮影した写真の画像データを、健康保険組合までメールで送信

送信先メールアドレス：aichi_iryu@aichi-kenpo.or.jp

【R1.5.1】

装具作製確認書 別添 作製した装具の写真

(1) 記号—番号		(2) 被保険者名		(3) 受診者名	
(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		平	年 月 日
		③ 装具を装着した日		令	年 月 日