

健康保險 被保險者 家族 療養費 支給申請書(治療用裝具)

被保險者(申請者)記入用

(弹性着衣等および小児弱視等の治療用眼鏡等除く)

被 保 險 者 (申 請 者) 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)			
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒	—	㊞	()
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は☑)					

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
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ				
代理人 (口座名義人)	〒	—	（	）	委任者と 代理人との 関係	
	住所					
	(フリガナ) 氏名					

事業主へ委任の場合：健保組合へ登録してある口座への入金の場合には、下記は記載不要

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容との申請者の氏名（サイン）をご記入ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保組合使用欄

受付印

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

(弾性着衣等および小児弱視等の治療用眼鏡等除く)

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	<input type="text"/> 氏名	<input type="text"/> 生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和	
	2 傷病名	<input type="text"/>	<input type="text"/> 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"/>	(原因および経過) 1. 病気 () 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	<input type="text"/> 名称	<input type="text"/> 所在地	<input type="text"/> 診療医師の氏名
	6 診療を受けた期間	<input type="text"/> 令和 年 月 日 から	<input type="text"/> 令和 年 月 日 まで	<input type="text"/> 日数 日
	6-①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	<input type="text"/> 令和 年 月 日 から	<input type="text"/> 令和 年 月 日 まで	<input type="text"/> 日数 日
	7 装具等の装着について 指示を受けた日	<input type="text"/> 令和 年 月 日	8 装具装着日	<input type="text"/> 令和 年 月 日
	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	

「申請者記入用」は、「装具確認書」「装具写真」に続きます。>>>

必要な添付書類(確認のために□に☑をお願いします)

- 領収書(装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳別の費用額、義肢装具士の氏名又は印が記載されたもの)
- 医師の意見および装具装着証明書(弾性着衣等および小児弱視等の治療用眼鏡等除く)

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容との申請者の氏名(サイン)をご記入ください。

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－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

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？

Ⓐ 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: ギブスか装具かで選択等) /

Ⓐ 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？ : Ⓑ 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 (オーダーメイドで作製するために型を取った) … Ⓑ or Ⓒ

Ⓐ 患部やその周囲にギブスを巻き、石膏で「型」を取った … はい / いいえ

Ⓑ 足型版(フットプロテクションフォーム)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？ 病院内 / 他 ()

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 ()

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)

- ① いつ頃作製されましたか？

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) → 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(ストレッチ)を控えるように指示された

- (5) その他

- (3) 運動(ストレッチ)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。

神奈川県プラスチック事業健保組合 理事長 殿

年 月 日

(申請者名)

(印)

ご協力ありがとうございました。

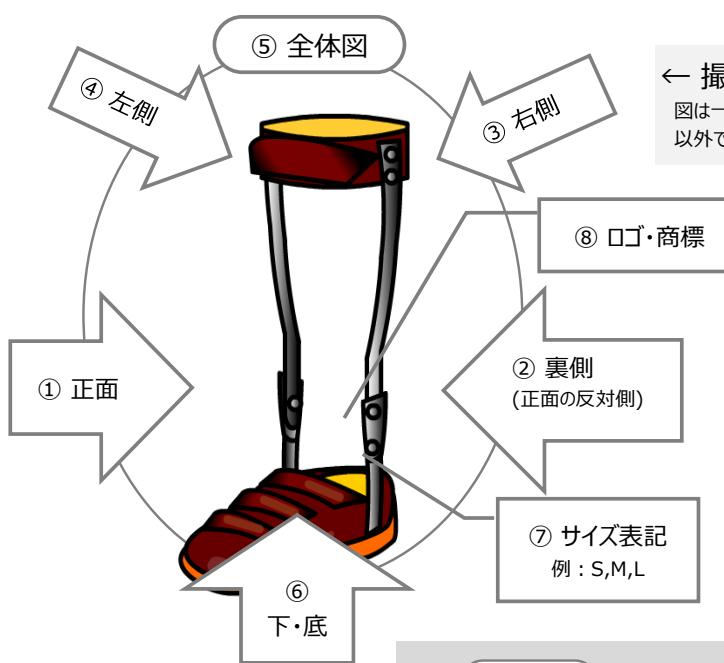
治療用装具の写真について

神奈川県プラスチック事業健康保険組合

(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）

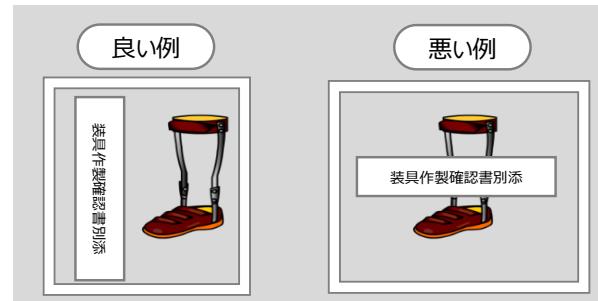


← 撮影方法の例

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) 撮影した写真をカラープリントし、健康保険組合まで提出（療養費支給申請書に添付）

(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 : gyoumu1@kana-pura.or.jp

（事務担当者経由でお願い致します。）

----- * キリトリ * -----

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	年 月 日
	③ 装具を装着した日（納品日）	年 月 日