

被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書
家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者	記 号 ・ 番 号	記号				番 号							添付書類はクリップで留めてください
		氏 名								事 業 所 名				
		住 所												
	申 請 内 容 に つ い て	申 請 対 象 者								申 請 対 象 者				
		氏 名								生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日			
		傷 病 名								発病・負傷 の 年 月 日	平成・令和 年 月 日			
		発病・負傷の 状態、原因	第三者行為（交通事故など）によるものですか ※ はい ・ いいえ ※傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。											
		治 療 の 内 容												
	治 療 を 受 け た 医 療 機 関	名 称												
		所 在 地												
	治 療 を 受 け た 期 間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	日間	治 療 に 要 し た 費 用	円							
申 請 理 由	☐ 治療用装具 ☐ 健康保険の資格が確認できなかった（理由： ） ☐ 小児治療用眼鏡 ☐ 以前加入していた健康保険を使用し、返還金を支払った ☐ 弾性着衣 ☐ その他（ ）													
この申請書の「給付金の受領」を事業主に委任します。 ※任意継続被保険者は給付金を登録の口座に振り込みします。 被保険者氏名 _____														

受付日付印

申請内容	必要な書類	
治療用装具	1 ～ 3	1. 領収書、明細書（原本）
小児治療用眼鏡	1 ・ 2	2. 医師の証明書（装具指示書）（原本）
弾性着衣		3. 装具作製確認書、装具の写真
資格が確認できなかった	1 ・ 4	4. 診療報酬明細書（原本）（診療明細書ではありません）
返還金を支払った	4 ・ 5	5. 返還金の領収書（原本）

添付書類はクリップで留めてください

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。

備考欄	
-----	--

支 給 支 払 決 議	支 給 額	円	同 年 月 日		常務理事	事務長		係
			支給年月日					
	支 給 期 間	年 月 日から	年 月 日	日間				
	区 分	装具 医科 歯科 調剤 他（ ）						

装具作製確認書

トピー健康保険組合

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。

202411改

(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) 平成・令和 年 月 日	(5) 装具を作製することが決まった日 令和 年 月 日	(6) 装具を装着した日（納品日） 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
－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：ギプスカ装具かで選択 等） / ⑤ 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？ : 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（ ）
－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（ ）

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) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだり、「型」を取るようなことを行った
① 左記項目のどちらに該当しましたか → (1) / (2)
② どこで行いましたか？ ① 病院内 / ② 他（ ）
③ 何回、行いましたか？ 回
④ 誰が行いましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
- (2) 装具を身体に合わせて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 メジャー → 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)装具を購入した。
→ サイズ選択の方法は？
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）
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
(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
() |
|---|-----------------------------------|
- 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

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。

トピー健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日 (申請者名)

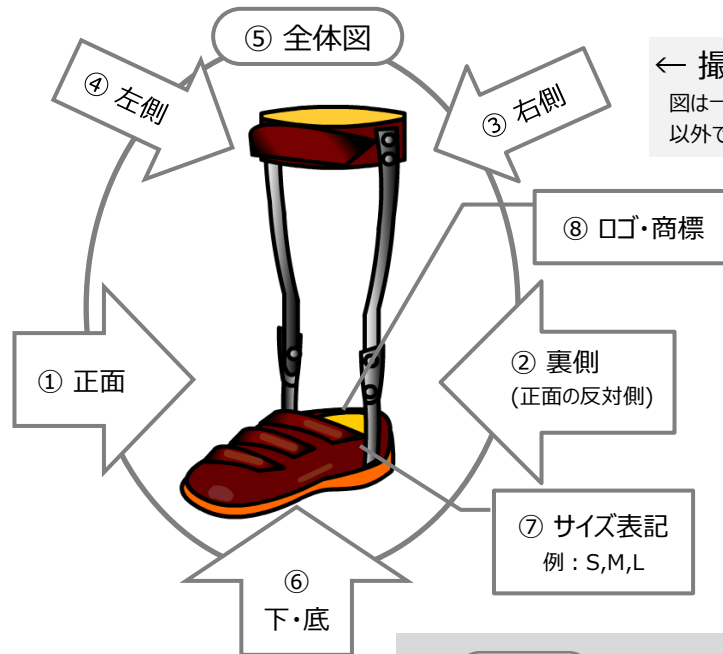
ご協力ありがとうございました。

治療用装具の写真について

(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」と一緒に、下記①～⑥の方向 及び 該当する⑦～⑨の箇所について撮影して下さい。右下に写真の「良い例」「悪い例」があります。

- 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）

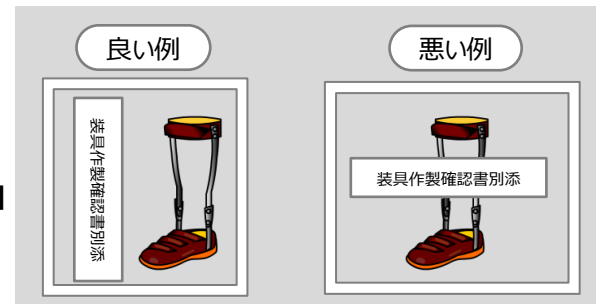


← 撮影方法の例

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】

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」用紙が、治療用装具を隠すことがないように撮影して下さい。



〔写真撮影見本〕

(2) 撮影した写真(またはデジタル画像)を、下記いずれかの方法で申請書とあわせてご提出ください。

(ア) 撮影した写真の画像データを、A4用紙に張り付け、各事業所担当者へ提出してください。

(イ) 撮影した写真を印刷し、各事業所担当者へ提出してください。



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	