

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

(治療用装具：コルセット、小児用治療眼鏡、弾性着衣等)

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。	
<input type="checkbox"/>	A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者記入欄

① 被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日
				<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
② 被保険者の現住所	〒 -			日中連絡の取れる電話番号 TEL ()
③ 個人番号 (マイナンバー)	(*①欄/記号番号記入の場合は、不要です)			④ 提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
⑤ 受診者が被扶養者のときは、その方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 続柄	
⑥ 発病又は負傷の原因	<input type="checkbox"/> 自己の過失 <input type="checkbox"/> 不可抗力 <input type="checkbox"/> 第三者による負傷 <input type="checkbox"/> 日常生活からの痛み <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 生まれつき <input type="checkbox"/> その他 ()			
⑦ 傷病名	発病又は負傷の年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	

※ 怪我による申請の場合は、下記⑧欄～⑬欄も併せてご記入ください。

⑧ 負傷した日時	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 () 午前 時 分頃 / <input type="checkbox"/> 勤務日 <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 令和			
⑨ 負傷した場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 休日の外出時 <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト中 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> スポーツ中(下記⑩欄もご記入ください。) <input type="checkbox"/> その他()			
⑩ スポーツ中の負傷の場合	<input type="checkbox"/> 会社の部活動・プロスポーツ <input type="checkbox"/> 社内行事 (<input type="checkbox"/> 強制参加 ・ <input type="checkbox"/> 任意参加) <input type="checkbox"/> 任意参加のサークル <input type="checkbox"/> 個人の趣味 <input type="checkbox"/> その他()			
⑪ 上記⑧欄が勤務日の場合(アルバイト等含む)	(就業開始時刻) 時 分 ~ (就業終業時刻) 時 分 / 寄り道 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 休憩中の外出時 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 仕事の外出時 <input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 退勤途中(飲酒 / <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 労働(通勤)災害に <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 確認した日 年 月 日 労働基準監督署・担当者名			
⑫ どのような状況で負傷しましたか	何をしていた どういふふうになって どこをどうした <input type="checkbox"/> 自己の過失 <input type="checkbox"/> 不可抗力 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> その他 ()			
⑬ 第三者による負傷の場合	<input type="checkbox"/> 相手判明 <input type="checkbox"/> 相手不明 第三者によって負傷した事実を 健保組合に届出 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない 警察に届出 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない			

⑭ 振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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☑。利用しない場合下記の欄を記入。) ※被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄(右側)」を必ずご記入ください。			
	銀行・店名	(店番号)	受取代理人の欄	
	預金種別	銀行・金庫	本店	支店
	口座番号	普通・当座	被保険者(請求者) (住所) (氏名)	
	口座名義	(カタカナでご記入ください)	被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他() 代理人(口座名義人) (住所) (氏名)	

[注意事項]

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に被保険者のサイン(フルネーム:氏名)をご記入ください。

[提出書類] (提出する前に改めてご確認ください。)

- (1) 健康保険 被保険者・家族 療養費・療養付加金支給申請書
(治療用装具:コルセット、小児用治療眼鏡、弾性着衣等)
- (2) 添付書類(下記参照)
(* 添付書類は原本が必要となります。)

療養の種類		添付書類	注意事項
治療用装具	コルセット、ギブス、義眼等を作製したとき	(1) 保険医による装着証明書等 (2) 領収書 (3) 装具作製確認書 (4) 装具写真貼付台紙 (「靴型装具」作製の場合のみ)	・領収書には、装具の名称、内訳が記載されているもの ・装具の写真は、実際に装着する現物であることが確認できるもの
	小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを作製したとき	(1) 保険医による作製指示書または眼鏡処方箋 (2) 領収書 (3) 装具作製確認書	・指示書または眼鏡処方箋には、病名、検査結果が記載されているもの ・領収書には、対象者の氏名、「治療用眼鏡代」のただし書き記載があるもの
	四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したとき	(1) 保険医による装着指示書 (2) 領収書 (3) 装具作製確認書	・領収書には、装具の名称、内訳が記載されているもの

【注意事項】

- ・「治療用装具」に係る手続き申請は、医療機関からの診療内容と照合作業を行うため、「治療用装具」作製日から3か月後にご申請ください。
- ・「靴型装具」以外の手続きにおいても、内容審査において写真確認が必要と判断した場合は、当該装具の写真の提出をお願いすることがあります。
- ・疼痛緩和のみに関する装具は、支給対象外です。なお、日常生活や職業上に必要で長期にわたり使用する装具は、支給対象とならないことがあります。
- ・障害者手帳をお持ちの方は、障害者総合支援法により補装具の支給対象となる場合がありますので、事前にお住いの市区町村等へご確認ください。
- ・小児弱視等治療用眼鏡は、対象疾患が限定されております。また、予防に関する眼鏡は、対象外です。
- ・弾性着衣は、部位ごとに2着までとなります。

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支給決定に必要なため、受診状況等についてご記入ください。

- ① 下記質問について該当する□に✓を入れてください。その他の場合は記述ください。
② 必要に応じて主治医に診療内容の文書照会を行います。以下の「同意欄」に署名のうえご提出ください。
③ 給付金の審査・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、支給決定まで、時間を要する場合がございますので予めご了承ください。

記号－番号	被保険者名	受診者名
本疾病に対し初めて受診した日(初診日) □平成 □令和 年 月 日	装具を作製することが決まった日 □平成 □令和 年 月 日	装具を装着した日(納品日) □平成 □令和 年 月 日

1. 装具は今回初めて作製されましたか。

- 以前も作製したことがある (①～③もご回答ください)
- 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どうされましたか。
 現在も使用している □装具業者へ返却した □廃棄した→(年 月 日)
- ③ 今回の作製した装具はどちらに該当されますか。
 改めて作製した □以前作製した装具を修理した
- 初めて作製した

2. 障害者手帳をお持ちですか。

- 持っている(※障害者手帳のコピーを添付してください) □持っていない

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。(複数回答可)

- 患部の支持・矯正・固定・免荷 □再発防止・予防 □痛みや症状の緩和(除痛)
 日常生活の補助具 □リハビリ時に必要 □説明されていない
 その他()

4. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか。

- 医師の指示で決めた □装具業者の指示で決めた
 自分で決め、医師に作製依頼をした □その他()

5. 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。

- 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、足型版を踏み込み「型」を取るようなことを行った。(①～③もご回答ください)
- ① どこで型を取りましたか。 □病院内 □装具業者 □その他()
- ② 何回、型を取りましたか。 回
- ③ 誰が型をとりましたか。 □病院関係者 □装具業者
- 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。
 既製品(完成品)装具をS/M/Lのサイズから選ぶため、メジャーで簡単な測定を行った。
誰が測定しましたか □医師 □看護師 □装具業者 □その他()
- 何も行わなかった。
 その他()

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。

- 装具を着用し安静に生活するよう指示 □特に指示はされていない
 通常の生活において装具を常時着用するよう指示 □スポーツ活動時にのみ装具を着用するよう指示
 その他()

7. 医師からは受診回数について、どのような指示を受けていますか。

- 週 回 □月 回 □その他()

8. 装具装着後、医師の適合チェックを受けましたか。

- 受けた(年 月 日) □受けていない(その理由:)

以上のとおり相違ありません。

また、東京不動産業健康保険組合が保険給付の支給決定をするにあたり、審査のために関係機関(医療機関、装具業者等)に対して照会を行うこと、関係機関が回答することに同意いたします。

なお、本書の写しも有効であることを認めます。

令和 年 月 日 被保険者(申請者)氏名

令和2年12月25日付厚生労働省保険局長通知「押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令」等の公布、施行により押印は廃止となっております。