

※	支給額	円		資格	取得	昭和 平成	年	月	日
	内訳	法	円	付	円	平成 令和	年	月	日

健康保険

被保険者 療養費支給申請書

(立替払・治療用装具・生血)

【2021.4 改定】

家族

※両面コピー禁止

◎※印の欄は記入しないでください。

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号		②請求者 (被保険者) の氏名と印						
		番号								
	③請求者 (被保険者) の現住所	〒								
	④事業所の名称									
	⑤療養が被扶養者に 関するときはその者の	①氏名		⑥生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑦被保険 者との続柄	
	⑥傷病名			⑦発病又は負傷 の年月日						
	⑧発病又は負傷の原因 (いつ・どこで・どうして)			⑨傷病の 経過						
	⑩第三者行為による ものですか	はい ・ いいえ								
	⑪診療を受けた病院等	名称		医師氏名						
		所在地								
	⑫診療又は手当の内容 (該当項目に○をつけてください)	1. 検査、投薬、等 2. 装具作製 3. その他(⑬診療又は 手当に要し た費用額						
	⑭診療又は手当の期間 及び入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間			
		令和 年 月 日装具装着								
⑮被保険者証で受診しなかつた 事由(該当項目に○をつけ詳細 を記入すること)	1. 被保険者証不携帯で受診したため(不携帯の理由:) 2. 治療用装具の製作者は保険医療機関ではないため 3. その他()									
⑯払渡しを希望するところ (請求者名義のものを記載してください)	銀行 本店 信用金庫 支店		普通 貯蓄 当座	口座番号						
				カナ						

委 任 欄	⑰この欄は請求金の受 領を人に頼むときだけ記 入してください。	上記療養費の受領を	受付印
		住所 氏名 _____ に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 _____	

この申請書は・・・

被保険者または被扶養者が保険医療機関等について診療を受けることが困難な場合、またはやむを得ず保険医療機関等以外の医師またはその他の者に診療または手当てをうけた場合に、その診療または手当に要した費用を受けるために申請するものであること。

【添付書類】 ※すべて原本

(証明書等が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。)

- 1. 立替払い ...①診療報酬明細書(レセプト) ②領収書
- 2-1. 治療用装具(コルセット・ギブス・義肢等) ...①装具作成確認書 ②装具の写真(カラー) ③医師の意見書・装着証明書
④領収書(義肢装具士の記名があるもの) ⑤領収書の内訳書(領収書に記載されている場合は不要)
- 2-2. 治療用装具(小児弱視等眼鏡) ...①医師の作成指示書 ②領収書(レンズ・フレームの価格の明細を付記)
- 3. 生血 ...①医師の証明書 ②領収書
- 4. 傷病の原因が第三者の行為によるものである時は、「第三者による傷病届」

写真添付用紙

(※弱視用メガネの場合は不要です)

申請者氏名: _____

※写真がA4サイズの場合は、そのまま申請書に添付頂くことも可能です。
A4サイズ以下の場合は、サイズが枠からはみ出ても構いませんので、貼り付けてください。

のりしろ

この枠内を目安に全体写真をのりで貼って下さい



イメージ: 全体写真(コルセット)

※写真がA4サイズの場合は、そのまま申請書に添付頂くことも可能です。
A4サイズ以下の場合は、サイズが枠からはみ出ても構いませんので、貼り付けてください。
※タグ写真が添付出来ない場合は、下記の欄に記入が必要です。

のりしろ

この枠内を目安にタグの写真をのりで貼って下さい



イメージ: タグ写真

↓ (タグ写真を貼れない場合は下記にチェック)

- タグがないので貼れません
- その他(

装具作製確認書

(弱視用メガネは不要です)

下記の質問項目に☐、必要事項記入、署名、捺印の上、療養費支給申請用紙と一緒に提出ください。

(1) 所属事業所	(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 (納品日)
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) 治療効果が無く装具を作製することになった。お店 (HP) で良い靴をみつけた等

(2) 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:ギプスカ装具かで選択 等)
 その他 ()

② 装具を受け取った際(納品)の状況について教えてください。

▶ 義肢装具士は立ち会いましたか？ : 立ち会った 立ち会わなかった その他 ()

▶ 医師は立ち会いましたか？ : 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 靴店 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 装具の代金は、誰に支払いましたか？ : 医療機関 窓口 装具業者 その他 ()

問 2. 装具を作成する際のサイズ合わせは、どのように行いましたか？左記の☐を選び右の質問にお答えください。

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と、「型」を取るようなことを行った

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

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

誰が測定しましたか？ 医師 看護師 装具業者

既製品(完成品)装具を購入した

サイズ選択の方法は？

メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 看護師 装具業者

試着した 靴のサイズを聞かれた 何も行わなかった

その他 ()

何も行わなかった その他 ()

問 2-1. サイズ計測を装具業者が行った方に伺います。サイズ計測中、医師は何をされておりましたか？

医師も計測を行った 医師は何も行わず、見守っていた 医師は装具業者の計測に立ち会っていない

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) スポーツする際に着用、(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？

以前も作製したことがある (①~③へ)

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

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、

改めて作製した

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？

持っている (※手帳のコピー添付) → 補装具申請を行わなかった理由

持っていない

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？

自宅安静 特に指示はされていない 運動(ｽﾎｰｯ)を控えるように指示された 日中装着するよう言われた

運動(ｽﾎｰｯ)をする際に装具を装着するように指示された その他()

問 7. 装具装着後の受診について、医師からどのような指示がありましたか？

週1回受診して下さい 月1回受診して下さい 痛くなったら受診して下さい 特に受診するよう言われていない

その他 ()

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。

京セラ健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

(申請者名)

ご協力ありがとうございました。