

被 保 険 者 ・ 家 族 療 養 費 支 給 申 請 書

記入例

健保組合使用欄

シーケンスNO	支給決定合計額(イ+ロ)	法定給
	被保険者証の記号・番号	

被 保 険 者 の	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号	提 出 年 月 日	西 暦
	氏 名	北 洋 太 郎			20××年××月××日
	住 所	郵便番号: 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号: 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇マンション〇〇〇号室			
	所属事業所名	北洋銀行 本店営業部			給与受取口座を指定
給付金振込口座 (給振口座を指定)	北洋 銀行 〇〇〇〇 支店		普通預金口座番号 = 1234567 口座名(カナ) = ホクヨウ タロウ		
受 診 者 の	氏名	北 洋 花 子	生年月日	昭・平・令 ××年××月××日	続柄 長女
傷 病 名	膝関節症 発熱 胃潰瘍 等				該当の番号に○
発病又は負傷の	年月日	平	初診日又は装具の処方日	原因	
傷 病 の 経 過	通院中 経過観察中 完治 等				
診療を受けた医療機関 等の住所・名称	住所:	〇〇市〇〇町〇〇番		領収書等から転記	
	名称:	医療法人〇〇整形外科		診療した医師等の氏名 北海 一郎	
診療又は装具等の内容	1. 一般診療(領収明細書のとおり) 2. 治療用装具 3. その他		装具名	右足底装具 等	
診療又は装具等に 要した費用(A)	領収書から転記		装着証明書から転記		於ける給付額算出基礎金額
	〇〇〇,〇〇〇 円		(健保組合記入欄)		記入不要 円
保険 給付を受けることが できなかった理由	1. 健康保険証不持参 2. 治療用装具代金のため 3. その他				
傷病が第三者の行為に よるときは、その事実 ならびに、その第三者の 氏名・住所	氏名:	傷病の原因が他人によるもの場 合のみ記入			
	住所:	(氏名又は住所不詳のと			

- (注) 1. 「診療又は装具等の内容」は該当事項の番号を○で囲んでください
 2. コルセット、ギプス、義肢等に関する支給請求のときは、傷病の治療のために装着を必要と認めた「医師の証明」及び「領収書」を添付して下さい。
 治療用装具については、当該装具の写真の添付も必要となります。(治療用装具貼付用台紙に写真を貼付)
 3. 「医師の証明書」又は「領収明細書」が日本語以外で作成されたものであるときは、日本語の翻訳文を添付して下さい。
 4. 請求者が海外に在るときは、この請求書は事業主を経由して提出して下さい。

受付日

北 洋 銀 行 健 康 保 険 組 合

被 保 険 者 ・ 家 族 療 養 費 支 給 申 請 書

決裁 伺	令和	
常務理事	事務長	係

シーケンスNO	支給決定合計額(イ+ロ)	法定給付額(イ)	付加給付額(ロ)	公費
	円	円	円	

被 保 険 者 の	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号	提 出 年 月 日	令 和 年 月 日	
	氏 名					
	住 所	郵便番号: 電話番号: ー				
	所属事業所名					
給付金振込口座 (給振口座を指定)		銀 行	支 店	普通預金口座番号＝ 口座名(カナ) ー		
受 診 者 の	氏 名			生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄	
傷 病 名						
発病又は負傷の	年 月 日	平・令	原因	1. 業務中又は通勤途中による 2. 自動車事故等の第三者行為による 3. 上記以外の原因による		
傷 病 の 経 過						
診療を受けた医療機関 等の住所・名称	住所:		名称: 診療した医師等の氏名			
診療又は装具等の内容	1. 一般診療(領収明細書のとおり) 2. 診療用装具 3. その他			装具名		
診療又は装具等に 要した費用(A)	円			左(A)に対する組合に於ける給付額算出基礎金額 (健保組合記入欄) 円		
保険医から療養の 給付を受けることが できなかった理由	1. 健康保険証不持参 2. 診療用装具代金のため 3. その他					
傷病が第三者の行為に よるときは、その事実 ならびに、その第三者の 氏名・住所	氏名: 住所: (氏名又は住所不詳のときはその旨を記入)					

- (注) 1. 「診療又は装具等の内容」は該当事項の番号を○で囲んでください
2. コルセット、ギプス、義肢等に関する支給請求のときは、傷病の治療のために装着を必要と認めた「医師の証明」及び「領収書」を添付して下さい。
- 治療用装具については、当該装具の写真の添付も必要となります。(治療用装具貼付用台紙に写真を貼付)**
3. 「医師の証明書」又は「領収明細書」が日本語以外で作成されたものであるときは、日本語の翻訳文を添付して下さい。
4. 請求者が海外に在るときは、この請求書は事業主を経由して提出して下さい。

受付日

北 洋 銀 行 健 康 保 険 組 合

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？

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:ギプスが装具かで選択 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、いつ支払いしましたか？ : ① 納品前 / ② 納品当日 / ③ 納品日以降 / ④ その他 ()

—④ 装具代金は誰に支払いしましたか？ : 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 (オーガ-メイトで作製するために型を取った) ... ① or ②

① 患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で「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 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 ... はい / いいえ → 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 (オーガ-メイトするために、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) 以前作製した装具は	(3) 今回の作製した装具は、
(2) 初めて作製した (問5へ)	(a) 現在も使用している	(a) 改めて作製した
① いつ頃作製されましたか？	(b) 装具業者へ返却した →	(b) 以前作製した装具を修理した
年 月 頃	(c) 廃棄した → (年 月 日)	

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(ｽｰｯ)を控えるように指示された (5) その他

(3) 運動(ｽｰｯ)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。

北洋銀行健保組合 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。

治療用装具 写真貼付台紙

- ◎ 写真は枠内に貼付してください。(作成した装具の形状がわかるように写してください)
- ◎ 作成した装具の写真を撮影してください。(台紙が2枚以上になってもかまいません)
- ◎ 装具の形状、仕様（記載事項）等が確認できない場合は再提出をお願いすることがあります。

保険証記号 - 番号	被保険者氏名	受診者（続柄）	作成した装具名
-		()	

①正面	③裏面(正面の反対側)
-----	-------------

②-1側面 (右側)	④取扱説明書、タグ、ロゴ、商標、その他付属品等
------------	-------------------------

②-2側面 (左側)	⑤その他
------------	------

「治療用装具」の申請には写真の添付が必要です

2022年2月21日到着分より、全ての治療用装具の療養費を申請する場合は、「装具の写真」の添付が必要です。

領収書と実際に作成された装具が同一かを確認することを目的とするもので、適正な保険給付のためご理解とご協力をお願いいたします。

治療用装具の申請に必要なもの

- ① 療養費支給申請書
- ② 医師の証明書
- ③ 領収書（作成装具の明細内容を含むもの）
- ④ 装具作成確認書
- ⑤ **治療用装具の写真（専用の貼付台紙に装具の写真を貼り、提出）**

療養費の対象となる治療用装具とは

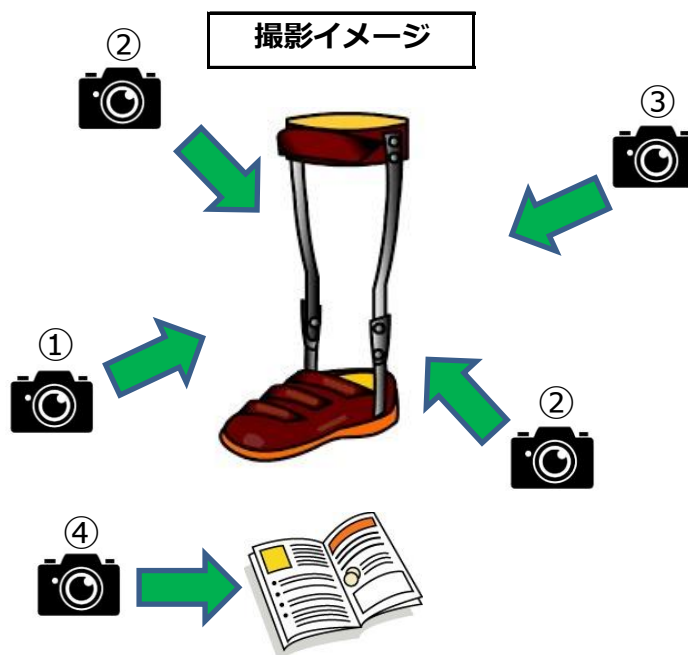
- 医師の指示にもとづいて作成されたものであること
- 治療のために必要不可欠なものであること
- 患者の体に合わせて作られたオーダーメイド品であること

装具の写真の撮影方法について

- 作成された治療用装具に対し、下記の方向および箇所について撮影してください。

- ① 正面
- ② 側面（左右）
- ③ 裏面（正面の反対側）
- ④ 取扱説明書、タグ、ロゴ、商標、その他付属品等

※装具の形状が確認できない場合、再提出をお願いすることがあります。



写真の提出方法について

- 撮影した装具の写真を専用の貼付台紙に貼って提出してください。