

療養費支給申請書(治療用装具・コルセット等)

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	記号-番号 —	勤務先	生 年 月 日	5 昭和 7 平成	年	月	日	
	被保険者の氏名	被保険者の住所	連絡先 ()					
	自署の場合は押印不要 〒							

受 診 者 欄	受診者の氏名		続 柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族()	生 年 月 日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	年 齢	才	
	傷病名				医療機関名							
	負傷原因	いつ?	令和 年 月 日	どこで?								
		何を してて?				どのように して?						
		①原因が、他人の行為によるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				②原因が、通勤途上または仕事によるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
	装具作成指示日	令和 年 月 日	添付資料 ☑いれて 確認下さい	<input type="checkbox"/> 領収書 原本 ➡ 装具作成業者から貰ってください								
	装具装着日	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 医師による作成指示書(意見書・証明書等) 原本								
	装具代金支払日	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 明細書(装具価格の内訳)								
	装具代金 (領収書の額)	円		<input type="checkbox"/> 装具作成確認書(弾性着衣を購入の方は不要です)								
				<input type="checkbox"/> 作成された各装具の写真 (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・その他附属品等)								

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫 信用組合	支店名称	本店・支店 出張所	預金 種別	普通 当座	
	口座番号		口座名義人 (カナで記入し、セイとメイの間は1マス空けてご記入ください。)				

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。									
	令和 年 月 日									
	被保険者 (申請者)	住所								
	代理人の氏名と印	氏名 ㊟								
	代理人の住所	〒 委任者と代理人との関係 ㊟								

受 付 印

装具作成確認書

下記質問についてお答えください。
また、該当する場所に☑をいれてください。

本疾病に対し始めて受診した日（初診日）	装具を作製することが決まった日	装具を装着した日（適合日）
平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・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、装具を作成することとなった、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装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか？
 医師の指示 装具業者のすすめ 自分で決め、医師に作製依頼した
- 医師から指示された治療方法から選択 その他（ ）
- ④装具を受け取る際は義肢装具士が立ち会いましたか？ はい いいえ その他（ ）
- ⑤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（ ）
- ⑥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？

- 採型（オーダーメイドで作製するために型を取った） ➡ 患部にギブスを巻き石膏で採型 足型版を踏み込み採型
- ①どこで型をとりましたか？ 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？ 医師 看護師 装具業者
- 採寸（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 ➡ メーカー名（ ） 製品名（ ） 型番（ ）
➡ 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 何も行わなかった その他（ ）
- 何も行わなかった。

問3. 主治医からは、どのような目的の装具だと説明を受けましたか？（複数回答可）

- 患部の支持・矯正・固定・免荷 再発防止 説明を受けていない
- 痛みや症状の緩和（除痛） 日常生活の補助具 その他（ ）
- リハビリ時に必要 運動時（スポーツに必要）

問4. 装具は今回初めて作製しましたか？

- 初めて作製した
- 以前も作製したことがある
- ①いつ頃作成しましたか？ 平成・令和 年 月頃
- ②以前作製した装具はどうしましたか？ 現在も使用している 装具業者へ返却した（ 年 月頃）
 廃棄した（ 年 月頃）
- ③今回作成した装具は、どちらに該当しますか？ 改めて作製した 以前作製した装具を修理した

問5. 障害手帳をお持ちですか？

障害者総合支援法による補装具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。

- 持っている ➡ 手帳のコピーを添付して下さい。
補装具申請を行わなかった理由（ ）
- 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？

- 自宅安静 特に指示されていない
- 運動（スポーツ）を控えるよう指示された 運動（スポーツ）時に装着するよう指示された
- 特に指示はされていない その他（ ）
- ・受診頻度は？ ➡ 週1回 月1回 受診の必要はないと言われた 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？

- いいえ はい

以上のとおり相違ありません。

また、今回申請した療養費について、保健給付の支給決定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。

トータルビューティー健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日 被保険者署名

㊞

ご協力ありがとうございました。