

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 Ⓜ	〒 住所 連絡先 必ず記入ください					

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 <input checked="" type="checkbox"/> いれて 確 認 下 さ い	<input type="checkbox"/> 領収書 原本 → 装具作製業者から貰って下さい							
	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)										

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	Ⓜ					委任者と代理人との関係
	代理人の住所	〒	Ⓜ					☎

受 付 印

装具作成確認書

下記質問について、該当する場所に☑をいれてください。

問1. 装具は今回初めて作成しましたか？

- 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2. 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3. 作製した装具は誰の指示・意思で決めましたか？

- 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（ ）

問4. 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、幹部やその周囲にギブスを巻き石膏や、足型版などで「型」を取るようなことを行った。
- 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
- 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等のサイズを選ぶためメジャーで簡単な測定をし購入した。
- 既製品（完成品）装具を、試着し購入した。
- 何も行わなかった。

問5. 今回の装具が既製品（完成品）であった場合にご記入ください。

メーカー名（ ） 製品名（ ） 型番（ ）

問6. 作製するのに「型」をとったり計測したのは、誰が行いましたか？

- 医師 看護師 装具業者 その他（ ）

問7. 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
- その他（ ）

問8. 装具装着後、どのくらいの頻度で受診するように言われましたか？

- 週1回 月1回 受診の必要はないと言われた その他（ ）

問9. 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（※手帳のコピー添付）
- 補装具申請を行わなかった理由（ ）
- 持っていない

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。