

(治療用装具)  
療養費支給申請書

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

|   |   |                                   |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄   | 記号・番号   | -                                 | 電話番号<br>日中の連絡先   |  |
|   | 会社・事業所名   |                                   | 部署名  |  |
|   | 被保険者氏名  |                                   | 生年月日   | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日 |
|   | 受診者氏名<br>年齢   | 年齢 才                              | 生年月日   | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日 |
|   | 傷病名   |                                   | 発病又は負傷<br>の年月日   | 年 月 日  |
|   | 発病/負傷の原因  |                                   |  |  |
|   | 傷病原因<br>(該当する回答に☑)  | 他人の行為によるものですか<br>通勤途上・業務中によるものですか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |  |
|   | 医療機関名   |                                   | 初診日  | 年 月 日  |
|   | 医師作成指示日   | 年 月 日                             | 医師装着確認日  | 年 月 日  |
|   | 支払った金額  | 円                                 | 装具の作成  | <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再作成                                    |
| 同意書   |   |                                   |  |  |
| 療養費の支給決定を行うにあたり、古河電工健康保険組合が、医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けること、また、医療機関等が、古河電工健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。尚、本紙の写しも有効と認めます。 |   |                                   |  |  |
| 受診者署名   | 受診者ご署名(未成年の場合は親権者が記入)   |                                   | 被保険者ご署名  |  |
| 受診者住所   |   | 署名日                               | 年 月 日  |  |
| 在職中の給付金支払い<br>に関する同意  | <input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。  |                                   |  |  |
| 退職後に請求する場合に記入 (任意継続者:記号9990は記入不要)   |   |                                   |  |  |
| 金融機関コード   | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合  | 店舗コード                             | 種目<br>口座番号<br>フリガナ   |  |
|   |   | 支店<br>本店<br>出張所                   | 普通預金<br>口座名義人  |  |
| 添付書類  | ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー(店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ)<br>※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入 |                                   |  |  |

|                  |  |
|------------------|--|
| 添<br>付<br>書<br>類 | <input type="checkbox"/> 領収書(原本) 明細がわかるもの      |
|                  | <input type="checkbox"/> 医師の意見書・指示書(原本)        |
|                  | <input type="checkbox"/> 装具作成確認書               |
|                  | <input type="checkbox"/> 治療用装具の写真(画像を印刷したもので可) |
|                  | ※ リンパ浮腫による弾性着衣の場合は、装具作成確認書と写真は不要               |
|                  | 【注意事項】 ・領収書(原本)は返却できません。申請前にご自身でコピーを取ってください。   |

|                       |     |   |     |          |      |
|-----------------------|-----|---|-----|----------|------|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 支給額 | 円   | 支給日 | 令和 年 月 日 | 発信者印 |
|                       | 備考  | 上限 円 実費 円 <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再作成(前回作成 年 月 日) |     |          |      |
|                       |     | 負担割合 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割                    |     |          |      |

# 装具作成確認書

|        |   |         |       |       |       |
|--------|---|---------|-------|-------|-------|
| 記号・番号  | - | 被保険者氏名  |       | 受診者氏名 |       |
| 治療用装具名 |   | 医師作成指示日 | 年 月 日 | 購入日   | 年 月 日 |

|   |   |
|---|---|
| 1. 作成した装具は誰の意思で決めましたか   |   |
| <input type="checkbox"/> 主治医の指示で決めた                                   | <input type="checkbox"/> 自分で決めて医師に依頼した                  |
| <input type="checkbox"/> 装具業者に言われた                                    | <input type="checkbox"/> その他( )                         |
| 2. 装具作成において一番最初に行ったところはどこですか  |   |
| <input type="checkbox"/> 医療機関   | <input type="checkbox"/> 装具業者                           |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                       |   |
| 3. 装具を受け取る際に義肢装具士が立ち会いましたか  |   |
| <input type="checkbox"/> 立ち会った  | <input type="checkbox"/> 立ち会わなかった                       |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                       |   |
| 4. 作成した装具のサイズ合わせはどのように行いましたか  |   |
| <input type="checkbox"/> ギブス・石膏等で型を取った                                | <input type="checkbox"/> 足型版(フットインプレッションフォーム)を踏み込み型を取った |
| <input type="checkbox"/> 患部周辺をメジャーで測定した                               | <input type="checkbox"/> その他( )                         |
| 5. 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を受けていますか                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 安静に療養する                                      | <input type="checkbox"/> 運動(スポーツ)を控えるように指示された           |
| <input type="checkbox"/> 運動(スポーツ)をする際に装着するよう指示された                     | <input type="checkbox"/> 特に指示はされていない                    |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                       |   |
| 6. 装具装着後、次回の来院について、医師からはどのような指示を受けていますか                               |   |
| <input type="checkbox"/> 週1回  | <input type="checkbox"/> 月1回                            |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                       |   |
| 7. 装具の受け取り日以後、受診しましたか   |   |
| <input type="checkbox"/> 受診した ( 月 日)                                  | <input type="checkbox"/> 受診予定はない                        |
| <input type="checkbox"/> 受診する予定( 月 日)                                 |   |
| 8. 障害者手帳をお持ちですか   |   |
| <input type="checkbox"/> 持っていない                                       |   |
| <input type="checkbox"/> 持っている → 障害者手帳(対象者氏名と障害名がわかるページ)のコピーを添付してください |   |

|                |
|----------------|
| 以上のとおり相違ありません。 |
| 年 月 日          |
| 被保険者ご署名        |

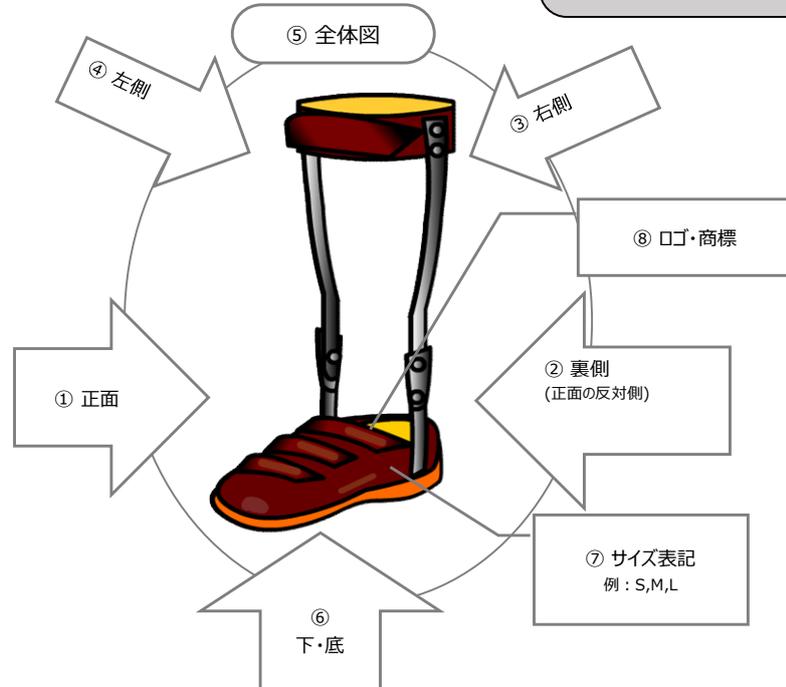
# 【治療用装具の写真について】

以下の「装具作成確認書 別添」とともに、下記の方向について撮影してください  
 画像を印刷したもので可です

## 【撮影方法の例】

他の装具もできるだけ  
 同じように撮影してください

- ① 正面
- ② 裏側(正面の反対側)
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 全体図
- ⑥ 下・底
- ⑦ サイズ表記(ある場合)
- ⑧ ロゴ・商標等(ある場合)
- ⑨ 取扱説明書(ある場合)



## 撮影例

良い例



悪い例



キリトリ

## 装具作成確認書 別添

|        |   |         |       |       |       |
|--------|---|---------|-------|-------|-------|
| 記号・番号  | - | 被保険者氏名  |       | 受診者氏名 |       |
| 治療用装具名 |   | 医師作成指示日 | 年 月 日 | 購入日   | 年 月 日 |