

(治療用装具) 療養費支給申請書

常務理事	事務長	担当者

記号・番号	XXXX - XXXXXX	電話番号 日中の連絡先	XXX-XXX-XXXX
会社・事業所名	〇〇株式会社 〇〇事業所	部署名	〇〇部 〇〇課
被保険者氏名	健康 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 Y年 M月 D日
受診者氏名 年齢	健康 優子 年齢 X才	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 Y年 M月 D日
傷病名	右足関節捻挫	発病又は負傷 の年月日	わからない場合は「不詳」と記入 → Y年 M月 D日
発病/負傷の原因	いつどこで 何をしていた どうなったか 具体的に記入する	〇月〇日に自宅で階段を降りるときに足を踏み外して負傷した	
傷病原因 (該当する回答に☑)	他人の行為によるものですか 通勤途上・業務中によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
医療機関名	〇〇病院	初診日	Y年 M月 D日
医師作成指示日	Y年 M月 D日	医師装着確認日	Y年 M月 D日
支払った金額	12,345 円	装具の作成	<input checked="" 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 <small>未成年の場合は親権者が記入)</small>	同意書欄は 署名が必要です → 健康 優子	被保険者署名	同意書欄は 署名が必要です → 健康 太郎
受診者住所	〇〇県〇〇市〇〇町 X-X-X	署名日	Y年 M月 D日
在職中の給付金支 に関する同意	在職中の方は チェック → <input checked="" 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	退職後の請求、退職予定の方のみ口座を記入(任意継続被保険者を除く) 任意継続被保険者は、登録済の口座へ振込みます		
添付書類	※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		

添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書(原本) 明細がわかるもの	申請前に必ず 確認してください
	<input checked="" type="checkbox"/> 医師の意見書・指示書(原本)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 装具作成確認書	
	<input checked="" 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。	

健保記入欄	支給額	円	支給日	令和 年 月 日	発信者印
	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)	
備考	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	XXXX - XXXXXX	被保険者氏名	健康 太郎	受診者氏名	健康 優子
治療用装具名	〇〇装具	医師作成指示日	Y 年 M 月 D 日	購入日	Y 年 M 月 D 日

1. 作成した装具は誰の意思で決めましたか	
<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 受診した (M 月 D 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 checked="" 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。

Y 年 M 月 D 日

被保険者ご署名

署名が必要です

健康 太郎

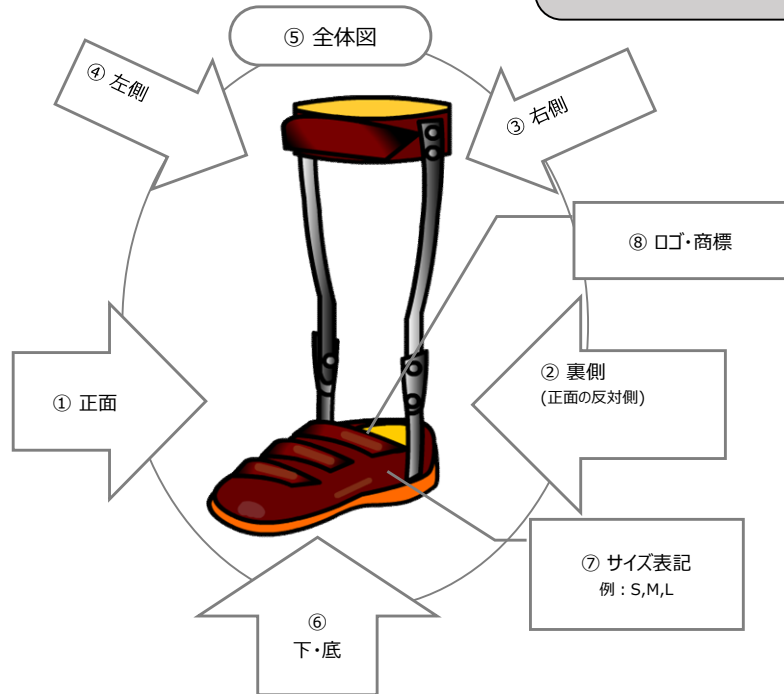
【治療用装具の写真について】

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

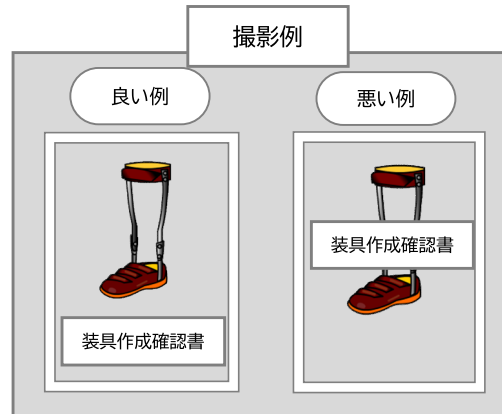
【撮影方法の例】

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



キリトリ

装具作成確認書 別添					
記号・番号	XXXX - XXXXXX	被保険者氏名	健康 太郎	受診者氏名	健康 優子
治療用装具名	治療用眼鏡	医師作成指示日	Y 年 M 月 D 日	購入日	Y 年 M 月 D 日