

※立替払い用ではありません

※申請書類誤りにご注意ください※

こちらは治療用装具・小児弱視眼鏡用の申請書となります。立替払い用ではありません。
異なる申請書をご提出いただいた場合、書類はご返却いたしますので、お間違えの無いよう
をお願いいたします。

治療用眼鏡上限

資格確認

日：年 月 日

記入例
記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれ
れかでご確認ください。

被 保 険 者 の 記 入 欄	① 被保険者等 記号・番号	(記号) 123	(番号) 4567	② 事業所名	〇〇〇〇株式会社		
	被保険者のマイナナンバー（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）						
	③ 被保険者 (申請者)の氏名	乙野 次郎		④ 生年月日	昭和 平成	2 年 12 月 5 日	
	⑤ 被保険者 (申請者)の住所	〒123-4567 大阪市△△区××一××					
	⑥ 療養が被扶養者 に関するときは その方の氏名	乙野 花子		生年月日	昭和 平成 令和	2 年 4 月 10 日	
	⑦ 傷病名	両外反母趾					
	⑧ 発病又は負傷 の原因および その経過	(いつ) 令和 6 年 5 月 10 日 (金) 午前・午後 3 時頃 (どこで) 自宅 (何をしていて) 親指付け根に痛み痺れを感じた。		通・退勤中または 業務中による ものですか	☒ いいえ ・ ☐ はい		
	⑨ 治療の内容	×月×日より〇〇外科病院へ通院加療中。経過良好					
	⑩ 今回申請の理由 (右記の欄に丸をつけてく ださい)	1: 小児眼鏡作製のため 2: 治療用装具作製のため		※ご注意※ 靴型装具(インソールを含む)を作製された方は写真の添付が必要となります。 (添付方法などは、別紙「装具確認書①・②」でご確認ください)			
	⑪ 療養をうけた 医療機関名称	〇〇外科病院		⑫ 購入費用	15,700 円		
	⑬ 意見書の証明日	令和 6 年 5 月 20 日		⑭ 装着日	令和 6 年 5 月 25 日		
	⑮ 今回の作製について (右記の該当する方にチェックを してください) ※靴型装具 (インソールを含む) 以外を作製された方のみ ご記入ください。			☐ 今回が初めて ・ ☒ 以前も作製 作製日のわかる方は→(令和 2 年 3 月 20 日) ごろ作製			
	⑯ 添付書類 チェック欄 (いずれも原本)	☒ 医師の意見書および 装具装着証明書		☒ 内訳の記載 がある領収 書	下記の書類は靴型装具(インソールを含む)を作製された方のみ添付してください。 ☒ 装具確認書① ☒ 現物の写真 (装具確認書②) 現物の写真をメールで 送信いただく方 メール送信日: 令和 6 年 5 月 30 日		

必ずご記入ください

⑮ 銀行 コード (4ケタ)	1234	〇〇	銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	567	〇〇	支店	普通・当座 (〇をつけてくださ い)
口座 番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします			口座 名義	カタカナで記入してください オツノ ジロウ			
マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合はチェックしてください※公金受取口座へのお いただく場合があります								

申請書送付先
お勤めの会社または健保組合

公金受取口座の利用には、健康
保険組合にマイナナンバーの提出
が済んでいることと、マイナポ
ータルでの公金受取口座の登録
が必須です

北浜4-7-28
合 あて

記入洩れが多発しております！！
銀行名・支店名・口座番号・預金名義
全て洩れなく記入して下さい。
※ゆうちょ銀行をご希望の場合は、漢数

住商連合健康保険組合

装具確認書①

被保険者等 記号・番号	(記号) 123	(番号) 4567	被保険者 の氏名	乙野 次郎	対象者 の氏名	乙野 花子
----------------	-------------	--------------	-------------	-------	------------	-------

該当する番号を○で囲んでください(一部、記述いただく設問もあります)

問1. 今回の傷病に対する装具は、初めて作製されましたか？	
(1) 初めて作製した(問2へ)	
(2) 以前も作製したことがある(①～③へ)	
①以前作製した装具はいつごろ作製しましたか？(28年 5月 21日)	
②以前作製した装具はどうされましたか？	
A. 現在も使用している	B. 装具業者等へ返却した
C. 廃棄した→(年 月 日)	
③今回作製した装具はどちらに該当しますか？	
A. 改めて作製した	B. 以前作製した装具を修理した
問2. 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いただいております。)	
(1) 持っている→障害者手帳のコピーを添付してください	
(2) 持っていない	
問3. 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) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲にギプスを巻、石膏や、足型版などで「型」をとった	
(2) 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	
(3) 既製品(完成品)装具で、S/M/L等のサイズから選ぶためにメジャー等で簡単な測定を行った。	
もしくは、サイズ合わせのみ行った	
問4. サイズ合わせは誰が行いましたか？	
(1) 医師または看護師	(2) 装具業者

平成30年4月1日より靴型装具に係る療養費支給申請書への添付書類について、当該装具の写真の添付が必要となりました

☆撮影方法について(装具確認書②の一撮影方法を参考にしてください)

- ・購入された靴型装具の付属品等を含む全てを撮影してください
- ・ロゴやタグ(サイズ表記)がある場合は、その部分も撮影し添付してください
- ・中敷き等(靴の中に入れるタイプの装具)がある場合は、靴の中から取り出して撮影してください

※【治療用装具 撮影用ラベル】(下記切取線以下)と装具がかさならないよう、撮影してください

※装具の形状がはっきり確認できない場合は、再提出をお願いする場合があります

☆A、Bいずれかの方法で作製した装具の写真をご提出してください

A. メールで送信いただく方・・・！件名に保険者証の記号番号・被保険者氏名を入力！	
送信先メールアドレス： sougu@sumirenken.jp	※メール送信日を申請書にご記入ください
B. 写真をプリントして貼り付けていただく方	
撮影した写真をプリントし、装具確認書②の用紙に貼り付けて申請書と一緒にご提出 (白紙に写真をプリントしたものなどでも可)	【治療用装具 撮影用ラベル】を切り取って、必ず装具と一緒に撮影をしてください。

【治療用装具 撮影用ラベル】

----- ✂ ----- 撮影時、キリトリ ----- ✂ -----

(撮影日： 6年 5月 31 日)

【治療用装具 撮影用ラベル】						
被保険者等 記号・番号	(記号) 123	(番号) 4567	被保険者 の氏名	乙野 次郎	対象者 の氏名	乙野 花子

装具確認書②（写真貼付用）

被保険者等 記号・番号	(記号) 123	(番号) 4567	被保険者 の氏名	乙野 次郎	対象者 の氏名	乙野 花子
----------------	-------------	--------------	-------------	-------	------------	-------

—撮影方法—

①正面

*前から装具全体が確認できるように撮影してください。

*靴に挿入するタイプの装具(中敷き等)については、靴から取出し、上から撮影してください。

②側面

*横から装具全体が確認できるように撮影してください。

*左右どちらか一方からでかまいません。

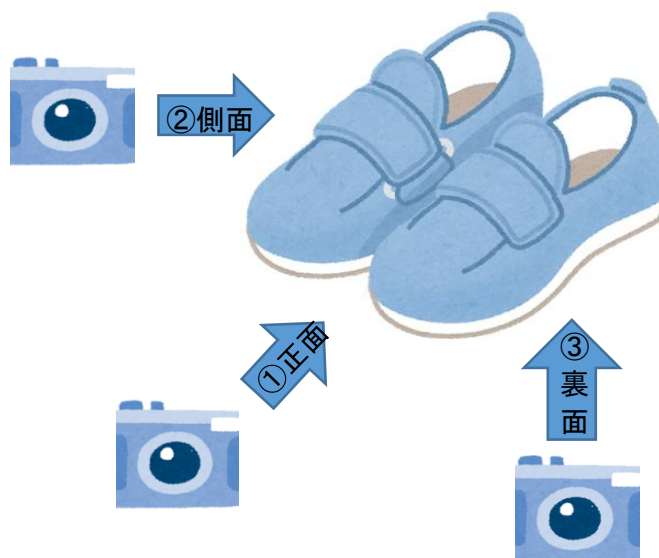
③裏面

*裏から装具全体が確認できるように撮影してください。

④その他

*タグ、ロゴ・商標、その他付属品等がある場合は、内容が読み取れるように撮影してください。

撮影イメージ



良い例



良くない例①



ラベルと装具が重なっている

良くない例②



ラベルがない