

添付書類・記入の方法については記入例を参照してください。

ご確認 ください	健康 保 用 欄	支 払 額	款 項 目	¥	拾万	万	千	百	拾	円	医療費総額	年	月	日	取 得
					一部負担額 1 2 3	年	月	日	喪 失						
					支給額	年	月	日	伺						
						年	月	日	支 払						

◎方は「器具・「器具確認書①」「器具確認書②」(写真をプリントされる方のみ)も必要です。靴型装具(インソールを含む)を添付してください。

◎眼鏡・「眼鏡等作成指示書(目の検査結果、傷病名の記載のあるもの)の原本」「内訳の記載がある領収書の原本」を添付してください。

◎弾性着衣等・「弾性着衣等装着指示書の原本」「内訳の記載がある領収書の原本」を添付してください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (治療用装具・弱視眼鏡用)
家族

① 被保険者証 の記号・番号	(記号)	(番号)	② 事業所名			
③ 被保険者 (申請者)の氏名			④ 生年月日	昭 和	年	月 日
⑤ 被保険者 (申請者)の住所	〒		電話	()		
⑥ 療養が被扶養者 に関するときは その方の氏名	生年月日	昭 平 成 和	年	月	日	続柄
⑦ 傷病名						
⑧ 発病又は負傷 の原因および その経過	(いつ) 令和 年 月 日 () 午前・午後 時頃		通・退勤中または業 務中によるもので すか		<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい	
	(どこで)		第三者によるもので すか		<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい	
	(何をしています)					
⑨ 治療の内容			⑩ 今回申請 の理由 (右記の欄に丸を つけてください)	1: 小児眼鏡作成のため 2: 治療用装具作成のため ※靴型装具(インソールを含む)を作成された 方は写真の添付が必要となります。 (添付方法などは、別紙「器具確認書①・②」でご確認ください)		
⑪ 療養をうけた 医療機関等	名 称			⑫ 診療に要した金額		
	所在地			円		
	医師名					
⑬ 診療の期間	自 令 和 年 月 日	至 令 和 年 月 日	日間	左記の うち入 院期間	令 和 年 月 日	日間
⑭ 採型・採寸日 (意見書の証明日)	令 和 年 月 日	⑮ 装着日	令 和 年 月 日			
⑯ 今回の作成について(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)以外を作成された方のみご記入ください。			<input type="checkbox"/> 今回が初めて・ <input type="checkbox"/> 以前も作成 作成日のわかる方は→(年 月 日) ごろ作成			
⑰ 添付書類 チェック欄 (いずれも原本)	<input type="checkbox"/> 医師の意見書および 装具装着証明書	<input type="checkbox"/> 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)を作成された方のみ添付してください。			
	<input type="checkbox"/> 器具確認書①	<input type="checkbox"/> 現物の写真(器具確認書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 年 月 日			

*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください

必ずご記入ください

⑱ 銀行 コード (4ケタ)	銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	支店	普通・当座 (○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	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座の利用を希望する場合はチェックを入れてください※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります				

※被保険者以外の口座をご希望の場合は『受取代理人の欄』にもそれぞれ記入が必要です

受取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日
被保険者	住所 氏名
代理人	住所 氏名

受付日付印

装具確認書①

被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者 の氏名		対象者の 氏名	
-----------------	------	------	-------------	--	------------	--

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)

<p>問1. 今回の傷病に対する装具は、初めて作成されましたか？</p> <p>(1) 初めて作成した(問2へ)</p> <p>(2) 以前も作成したことがある(①～③へ)</p> <p>①以前作成した装具はいつごろ作成しましたか？(年 月 日)</p> <p>②以前作成した装具はどうされましたか？</p> <p>A. 現在も使用している B. 装具業者等へ返却した</p> <p>C. 廃棄した→(年 月 日)</p> <p>③今回作成した装具はどちらに該当しますか？</p> <p>A. 改めて作成した B. 以前作成した装具を修理した</p>
<p>問2. 障害者手帳をお持ちですか？</p> <p>(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。)</p> <p>(1) 持っている→障害者手帳のコピーを添付してください</p> <p>(2) 持っていない</p>
<p>問3. 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？</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p>
<p>問4. サイズ合わせは誰が行いましたか？</p> <p>(1) 医師または看護師 (2) 装具業者</p>

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「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成した装具の写真をご提出してください

<p>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！</p> <p>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</p>
<p>B. 写真をプリントして貼り付けていただく方</p> <p>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提出ください (白紙に写真をプリントしたものなどでも可)</p>

【治療用装具 撮影用ラベル】



撮影時、キリトリ



(撮影日: 年 月 日)

【治療用装具 撮影用ラベル】

被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者 の氏名		対象者の 氏名	
-----------------	------	------	-------------	--	------------	--

装具確認書②（写真貼付用）

被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者 の氏名		対象者の 氏名	
-----------------	------	------	-------------	--	------------	--

—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。

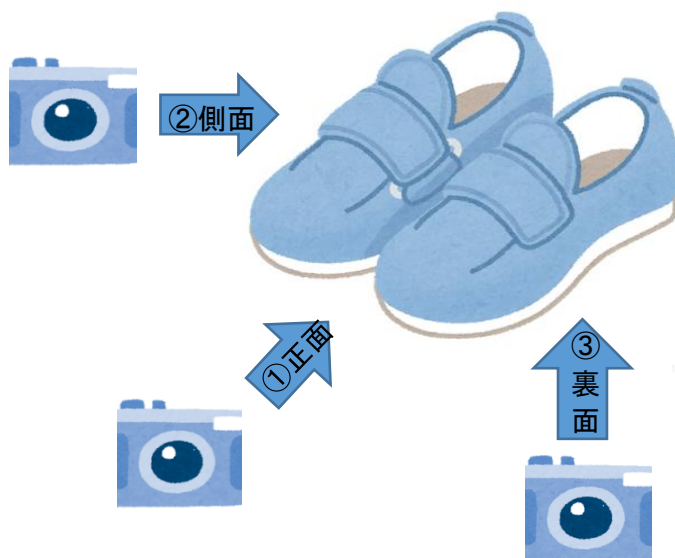
③裏面

*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。

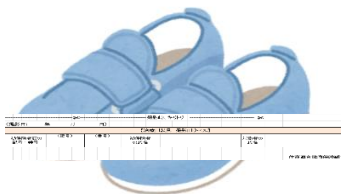
撮影イメージ



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