

健保 処理 欄	支給額	円	常務理事	事務長	係	係
	支払区分 本人・家族 7割・8割・9割	(内訳)	資格	取得 喪失	年 月 日 年 月 日	

フタバ産業健康保険組合 御中

(被保険者・被扶養者)

療養費支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号		受療者氏名		続柄	生年月日
	—					昭・平・令 年 月 日
	発症・負傷年月日		傷病名		第三者行為による傷病ですか？	
	平・令 年 月 日				<input type="checkbox"/> はい ⇒「第三者による傷病届」を提出 <input type="checkbox"/> いいえ	
	傷病の原因(いつ・どこで)及びその経過					
	I. i)治療用装具 ii)弾性着衣 iii)治療用眼鏡 作製費用申請のとき					
	装具購入日	平・令 年 月 日	入院・通院	領収書の金額	円	
	添付書類	i)治療用装具の申請 ① 領収書(原本) ② 医師の意見および装着証明書(原本) ii)弾性着衣の申請 ③ 装具作製確認書 ④ 購入された装具の写真 iii)治療用眼鏡の申請 ① 領収書(原本) ② 病名記載のある医師の作製指示書				
	II. i)保険証未提示による自費診療 ii)資格喪失後受診したとき					
	診療日	平・令 年 月 日	入院・通院	領収書の金額	円	
保険証を提示 できなかった理由						
添付書類	i)保険証未提示 ① 領収書(原本) ② 診療報酬明細書 (医療機関から交付) ii)資格喪失後受診 ① 領収書(原本) ② 診療報酬明細書 (以前に加入していた健康保険から交付)					
III. 海外で受診したとき						
診療日	平・令 年 月 日	入院・通院	領収書の金額	円		
添付書類	① 領収書(原本) ② 診療内容明細書および領収明細書とその邦訳					
受 取 方 法	銀行口座 振込	銀行 農協 普通 口座番号 労働金庫 信用金庫 店 当座 口座名義 (カタカナで記入)				
	受取代理	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。				
	申請者名義 以外の口座 に振込を希 望する場合 のみ記入	代理人の 氏名と印	(フリガナ) Ⓜ	委任者と 代理人 との関係		
	代理人の 住 所	〒	—	電話	()	
本紙(又は添付)の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 また、フタバ産業健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。 令和 年 月 日 住 所 被保険者氏名 (請求者氏名) Ⓜ 工場名						

【提出の流れ】 申請者 → (工場総務) → 健保

備考 (個人番号:任意記入)

装 具 作 製 確 認 書

あなた（または被扶養者）が医療機関で受診し、医師の指示により作製された装具に対する給付金支払い決定に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いします。

- ① 下記質問について該当する番号を○で囲んでください。その他の場合は記述にてお答えください。
- ② 作製された装具の写真を添付して下さい。（装具の上下左右、サイズ表示、ロゴ等あればその箇所の写真）
- ③ 必要に応じて主治医に診療内容の文書照会を行います。署名・押印を忘れずにご提出ください。
- ④ 給付金支払い決定については、本書及び別途行う主治医への照会などを基に総合的に判断することから、給付金支払い決定まで、時間を要する場合がございますのでご了承ください。

(1) 記号 - 番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日)	(5) 装具を作製することが決まった日	(6) 装具を装着した日 (適合日)
平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日

問 1. 装具の作製経緯について教えてください。

(1) 装具を作製するきっかけを教えてください (例) 継続的に受診し、装具を作製することになった、装具業者の勧め 等	
(2) 靴・インソールを購入した場合のみ → 装具作製において、一番最初に行ったところはどこですか？ ① 靴店 (装具業者) ② 医療機関 ③ その他 ()	
(3) 納品時の状況について	
-① 装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか？ ① 主治医 / ② 自分で決め、医師に依頼 / ③ 装具業者 / ④ 治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギプスが装具かで選択 等) / ⑤ その他 ()	
-② 装具を受け取る際の状況について教えてください。 ▶ 義肢装具士が立ち会いましたか？ : ① 立ち会った / ② 立ち会わなかった / ③ その他 () ▶ どこで受け取りましたか？ : ① 医療機関 / ② 装具店 / ③ その他 ()	
-③ 装具の代金は、いつ支払いましたか？ : ① 納品前 / ② 納品当日 / ③ 納品日以降 / ④ その他 ()	
-④ 装具代金は誰に支払いましたか？ : ① 医療機関 窓口 / ② 装具業者 / ③ その他 ()	

問 2. 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き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだりと、「型」を取るようなことを行った	① 左記項目のどちらに該当しましたか → (1) / (2) ② どこで行いましたか？ ① 病院内 / ② 他 () ③ 何回、行いましたか？ ____回 ④ 誰が行いましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
(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)装具を購入した。 → サイズ選択の方法は？	① メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者 ② 試着 ③ 何も行わなかった ④ その他 ()
(4) 何も行わなかった	
(5) その他 ()	

問 3. 主治医からどのような目的の装具だと説明を受けられましたか？

→ 具体的な指示事項をお書きください 【回答例】 (1) 患部の支持・矯正・固定・免荷、(2) 痛みや症状の緩和(除痛)、(3) リハビリ時に必要、(4) 再発防止・予防、(5) 受けていない

問 4. 装具は今回初めて作製されましたか？

(1) 以前も作製したことがある (①~③へ)	(2) 以前作製した装具は	(3) 今回の作製した装具は、
(2) 初めて作製した (問5へ)	(a) 現在も使用している (b) 装具業者へ返却した → (c) 廃棄した → (年 月 日)	(a) 改めて作製した (b) 以前作製した装具を修理した
① いつ頃作製されましたか？ 平・令 年 月 頃		

問 5. 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費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。

(1) 持っている (※手帳のコピー添付) → ① 補装具申請を行わなかった理由	
(2) 持っていない	

問 6. 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？

(1) 自宅安静	(4) 特に指示はされていない
(2) 運動(ｽｰｯ)を控えるように指示された	(5) その他 ()
(3) 運動(ｽｰｯ)をする際に装具装着するように指示された	()
■ 受診頻度 : ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他 ()	

問 7. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？ (1) いいえ / (2) はい → ※領収書、診療費明細書のコピーを提出して下さい。

以上のとおり相違ありません。また、今回申請した(第二家族)療養費について、保険給付の支給決定を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。

フタバ産業健保組合 理事長 殿 令和 年 月 日 (被保険者名)

㊞

ご協力ありがとうございました。

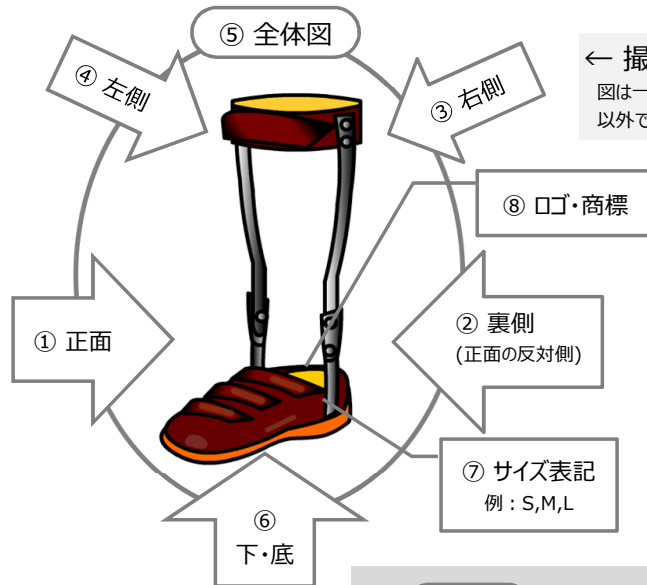
治療用装具の写真について

ver.1_20160809

(1) 撮影方法について

▶ 切り取り線以下の「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」とともに、下記の方向 及び 箇所について撮影して下さい。

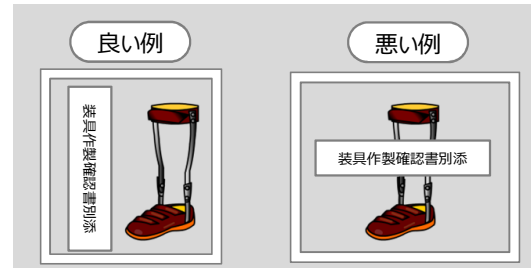
- ① 正面
- ② 裏側（正面の反対側）
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 全体図
- ⑥ 下・底
- ⑦ サイズ表記（ある場合）
- ⑧ ロゴ・商標等（ある場合）
- ⑨ 取り扱い説明書・製品箱（ある場合）



← 撮影方法の例
図は一例です。足の装具や靴型装具以外でも同じように撮影して下さい。

【ご注意】

「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」が治療用装具を隠すことがないように撮影して下さい。



(2) 撮影した写真を、健康保険組合までご提出ください。

撮影した写真を現像し、健康保険組合まで提出

宛先：〒444-0101 愛知県額田郡幸田町大字長嶺字柳沢1番1
フタバ産業健康保険組合

装具作製確認書 別添 作製した装具の写真

(1) 記号-番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
—		
(4) 療養費支給申請書に添付の「意見書 及び 装具装着証明書」に記載の事項		
① 作製した治療用装具名	② 装具を作製することが決まった日	年 月 日
	③ 装具を装着した日（納品日）	年 月 日