

事業所担当部署	
係	長

(本人・家族) 療養費支給申請書 《装具》

* 申請の対象は治療の為に作製したギブスやコルセット等です。

年 月 日 提出

本人 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号 番号	被保険者 氏名	昭・平 年 月 日生 ^⑨		
	事業所名 所属部署		被保険者 住所	〒 - 電話 ()		
	家族の 支給申請	申請家族の 氏名	昭・平・令 年 月 日生 (歳)	続柄		
	発病または 負傷の状況 (「不明」等とせず詳しく ご記入ください)	【日時】 午前・午後 年 月 日 時頃 【場所】 【原因や経過】 (なにをしていて、どうなったか等を具体的にご記入ください)				
	治療の内容 その後の経過					
	受診した 医療機関	所在地 名称 医師名				
	治療を受けた 期間	通院 入院	年 月 日 ~ 年 月 日迄 年 月 日 ~ 年 月 日迄	購入した 費用の額		
	傷病の原因が業務上や通勤途上の場合、労災申請済み、もしくは今後 申請予定ですか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	傷病が第三者の行為、交通事故、ケンカによるものですか			<input type="checkbox"/> はい ⇒事故届等をご提出ください <input type="checkbox"/> いいえ		

* 再作製については健康保険組合HPをご参照ください

ご提出前にすべての添付書類がそろっているかをご確認ください。

【添付書類】 (障害者手帳のコピー以外は、すべて原本)

- 義肢製作所の領収書 (A4サイズ以下の場合にはA4用紙に貼り付けてください)
- 明細がわかるもの(請求書または見積書等)※領収書に記載がある場合は不要
- 治療用装具製作指示装着証明書 (医療機関で医師が発行したもの)
- 装具作製確認書
- 作製した装具の写真(可能な範囲で衣服の上から装着した状態で撮影ください)・・・弾性ストッキングは不要
- 障害者手帳のコピー (障害者手帳をお持ちの場合)

【給付金について】

- ・適正にお支払いをする為に審査に時間が掛かる場合があります
- ・振込日・振込金額等は「給付金のお知らせ」にてお知らせ致します

給付確認

健 保 記 入 欄	被保険者	認定日	年 月 日	同装具作製履歴	有 ・ 無 (年 月 日)
		喪失日	年 月 日		
	被扶養者	認定日	年 月 日	装具の耐用年数	年 月
		喪失日	年 月 日		

領収書（原本）

領収書（原本）がA4サイズ以下の場合はこちらに貼り付けてください
（用紙が足りない場合は本用紙をコピーしてご使用ください）

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

【注意事項】

1. 全体が確認できるように撮影してください。(部品など複数ある場合はすべて)
2. できるだけ装着した状態で撮影してください。(中敷き等は靴から取り出して撮影してください)
3. 著しく肌が露出する場合は服の上から撮影してください。
4. 弾性ストッキングは不要です

① 正面（表）

② 裏面（正面から見て裏から）

③ 側面（左右どちらか）

④ サイズ表記・ロゴ・商標（ある場合）

③ 側面（左右どちらか）

④ サイズ表記・ロゴ・商標（ある場合）

⑤ 取り扱い説明書（ある場合）