

【申請ルート】

BSJ本社所属 及び 任意継続の方→ブリヂストン健康保険組合へ送付

BSJのTC/YTC/工場・関連会社の方→お勤め先の社会保険担当部署へ送付

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 (印)		
	事業所名 所属部署		被保険者 住 所	〒 ー 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】 年 月 日 午前・午後 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は、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
- 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
- 医師の装具装着証明書
- 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 日
		喪失日	年 月 日		

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) 平成・令和 年 月 日	(5) 装具を作製することが決まった日 平成・令和 年 月 日	(6) 装具を装着した日(納品日) 平成・令和 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

ー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:ギプスカ装具かで選択 等) /
 ⑤ その他 ()

ー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 ()

ー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 ()

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、「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 ()

(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 何回、行いましたか？ ____ 回

(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

(4) 何も行わなかった → ③ 何も行わなかった

(5) その他 () → ④ 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ハ)	(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ハ)	(a) 現在も使用している	(a) 改めて作製した
① いつ頃作製されましたか？ 平成・令和 年 月 頃	(b) 装具業者へ返却した →	(b) 以前作製した装具を修理した
	(c) 廃棄した → (年 月 日)	

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(ｽﾎﾟｰﾂ)を控えるように指示された (5) その他

(3) 運動(ｽﾎﾟｰﾂ)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

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。

プリヂストン健保組合 理事長 殿 令和 年 月 日 (申請者名)

㊞

ご協力ありがとうございました。

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）

⑤ 取り扱い説明書（ある場合）