

健康保険 被保険者
家族 療養費・付加金 支給申請書

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1 被保険者 2 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

 昭和 平成 令和
年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

(原因および経過 いつ、どこで、何をして等)

 業務上又は通勤途上、第三者の行為による負傷ではありません。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

年 月 日 から 年 月 日 まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

年 月 日 から 年 月 日 まで

日数

日

7 装具等の装着について
指示を受けた日

年 月 日

8 装具装着日

年 月 日

9 療養に要した費用の額

円

10 治療用装具名・診療の内容

11 療養費の支給申請の理由

該当の申請理由を☑してください。

 治療用装具を作成したため 立替払い(理由: _____)

○治療用装具を装着したときは、医師の「意見書」・「装具装着証明書」・領収書(原本)・装具作成確認書・装具写真(小児弱視等の治療用眼鏡は除く)を添付のこと。

○診療費の立て替え払いをしたときは、「診療報酬明細書」に準じる明細と領収書(原本)を添付のこと。

装具作製確認書

あなた（または被扶養者）が医療機関等で受診し、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の審査に必要なため、受診された際の状況等についてご回答をお願いいたします。

- ① 下記の質問について該当する箇所に○を付してください。その他の場合は記述にてご回答ください。
 ② 給付金支払いの可否については、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、支給決定 まで、時間を要する場合がありますのでご了承ください。

問1.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。（複数回答可）	
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 日常生活の補助具 ⑥ 受けていない ⑦ その他（例：運動時に着用等）
問2.作製した装具のサイズ合わせをどのように行いましたか。	
A 患部やその周辺にギプスを巻き石膏で「型」を取った	【行った場所・行った人】 どこの場所で行いましたか 病院内 ・ その他（ ）
B 足型版（フットレッションフォーム）踏込みで「型」を取った	
C オーダーメイドをするためにメジャーで細かく採寸をした	
D 既製品（完成品S・M・L）装具を購入した	誰が行いましたか 医師 ・ 看護師 ・ 装具業者
E 何も行わなかった	
F その他（ ）	
問3.装具装着後の療養にあたって、医師から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(スポーツ)を控えるように指示された	⑤ その他
③ 運動(スポーツ)をする際に装具装着するように指示された	()

三重県農協健康保険組合 御中 私は、私が申請した療養費・付加金の給付を受けるにあたり、貴組合の職員が必要に応じて、関係機関（医療機関および装具業者等）に診療内容等の照会を行うこと、およびその回答を得ることに同意します。 年 月 日 被保険者名（自署）
--

装具写真

以下の①②いずれかの方法で提出してください。該当する提出方法にチェックを入れてください。

- ① 現像（プリント）写真で提出
 撮影した写真を現像し、添付してください。
- ② 画像データで提出（送信先アドレス： jakenpo@kenpo.jamie.or.jp）
 携帯・スマートフォン等で撮影した写真の画像データを健康保険組合宛にメールで送信してください。
 ※右のQRコードから健康保険組合宛のアドレスが読み取れます。
 ※件名に事業所名・被保険者氏名を入力し、本文は未入力で送信してください。



【撮影方法】 * 装具全体が確認できるよう撮影してください。	写真添付
【補足事項】 * 膝・足首のサポーターについては装具を装着した状態で撮影してください。 * 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り出して撮影してください。 * 肌が著しく露出する場合は服の上から装着した状態で撮影してください。 * 装具の形状がはっきりと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のでご了承ください。 * 治療用眼鏡の場合は不要です。	