

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

※治療用装具の支給申請には写真添付が必要です

被 保 険 者	① 被保険者証 記号・番号	記号		② 被保険者 (申請者)の 氏名と印		(印)
		番号				
が 記 入 す る と こ ろ	③ 被保険者 (申請者)の 住所	〒 —————			電話() —————	
	④ 事業所の名称 ・本社所在地	(名称)		(本社所在地)		
	⑤ 療養が被扶養者 に関するときは、 その方の	被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		被保険 者との 続柄
				昭和 平成 令和 年 月 日		
	⑥ 傷病名				⑦ 発病または 負傷年月日	年 月 日
	⑧ 発病または 負傷の原因 および経過				⑨ 第三者の行為によるもの又は 勤務中(通勤中)に負傷した ものですか	はい ・ いいえ
	⑩ 診療を受けた 病院等の	名称			医師の氏名	
		所在地				
	⑪ 診療または 手当の期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	⑫ 診療に要した 費用の額	円
	⑬ 診療の内容			⑭ 療養の給付を受けることが できなかった理由		

給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。

※訂正をする場合、訂正印として被保険者印と同じ印を押印してください。

金 額 の 受 領 を 委 任 す る と き に 記 入	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 ②(申請書右上被保険者印)と同じ印↓	
	令和 年 月 日	被保険者 (申請者) 氏名
	委任された者の 事業所名	(印)
	住所 氏名・印	(印) 委任者と代理人との関係
	上記金額正に受領いたしました。 令和 年 月 日	
	住所	(印)
	氏名	(印)

----- 受付日付印 -----

※被保険者(請求者)本人への送金を希望される場合は、別途「保険給付金個人振込銀行口座指定届」の届出が必要となりますので、当健保組合までご連絡ください。

社会保険労務士の 提出代行者印		(印)
--------------------	--	-----

被保険者のマイナンバー		被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要です。
-------------	--	-------------------------------

名古屋木材健康保険組合

必要添付書類

- 治療用装具を作製したとき
□医師の「意見および装具装着証明書」等(原本) □領収書(原本) □装具作製確認書 □装具の写真(装具の料金明細内訳がわかるものを数枚)
- 証不携行(緊急その他やむを得ず診療を受け、自費で支払ったとき等)
□レセプト □領収書(原本)

外傷性の疾病等や第三者の行為による場合で調査対象となった方にはガリバーインターナショナル(株)より負傷原因・状況報告書又は第三者の行為による傷病届が被保険者の自宅へ届きますので、速やかにご回答をお願いいたします(受診から3~4ヶ月後)。

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項目にレ点を付けてください
- 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、支給申請いただいた日から6ヶ月以上お待ちいただくことをご了承ください。

(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
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

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・該当項目は全てレ点をお願いします）

- 患部の支持・矯正・固定・免荷
- 再発防止・予防
- 除痛（徐々に治癒）
- 除痛（装着時のみ効果あり）
- その他（)

問2. 作製した装具は誰の指示・意思で決められましたか？

- 主治医の指示
- 自分で決めて医師にお願いした
- その他（)

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？

- 採型をした（石膏等で型を取る方法）※インソールの方のみ以下の問へ
↳ 足型版（フットインプレッション・トリッシュム※踏むと戻らないスポンジのようなものです）を使いましたか？ はい いいえ
- 採寸をした（メジャー等で寸法を測る方法）
- 何もしていない

問4. 装具は今回初めて作製されましたか？

- 初めて作製した
- 以前も作製したことがある（ 年 月頃）
耐用年数未滿で再作成された場合は、修理をしなかった理由をご記入ください
（)

問5. 障害者手帳をお持ちですか？

- 持っていない（問6.へ）
- 持っている（以下の問へ）
↳ 補装具として市町村に申請しなかった理由をご記入ください
 - 障害者総合支援法に該当しなかった
 - 補装具ではなく、治療用装具と医師が判断したため
 - その他（)

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？

- 可能な限り装着
- 運動（スポーツ）時のみ又は仕事時のみ装着
- 特に指示はされていない
- その他（)

問7. 装着後の受診頻度 週1回以上 ・ 月1回～月2回 ・ その他（)

以上のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 （被保険者名）
名古屋木材健康保険組合 理事長 殿

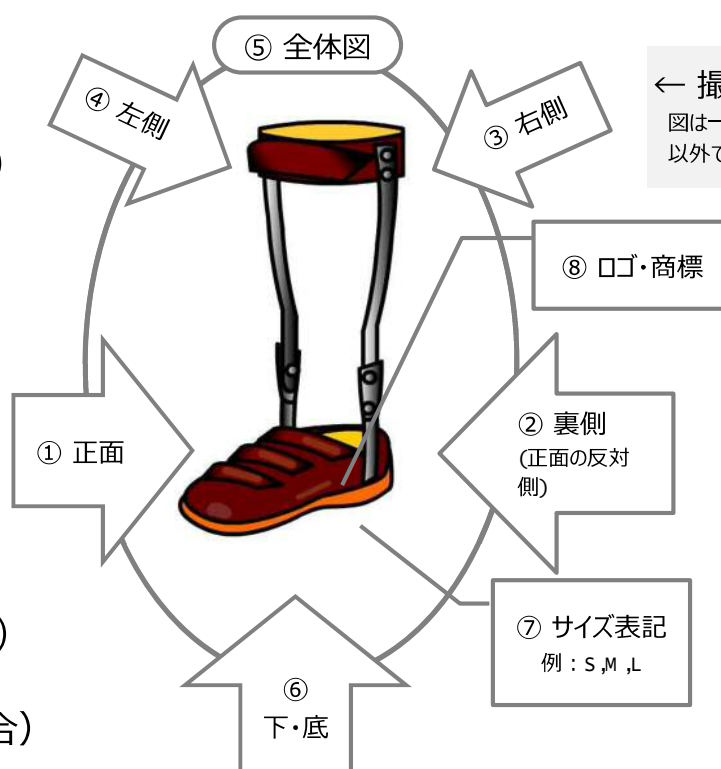
㊤

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

(1) 撮影方法について

- 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。

同意書

私が請求しました（療養費）について、名古屋木材健康保険組合が
保険給付の（療養費）支給決定をするための参考として、医療機関及び
関係機関に照会をすることに同意します。

名古屋木材健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

〒

被保険者本人（自署） 住所

（健康保険被保険者証 記号 番号 ）

氏名 ⑩